

TRABAJO DE DIPLOMA

TÍTULO: Propuesta de un Manual dirigido al cuidador principal del paciente con Deterioro Cognitivo Leve.



Autora: Linet Rodríguez Figueroa

Tutores: Dra. C. Luisa María Guerra Rubio

Dr. C. Luis Felipe Herrera Jiménez

Curso

2010-1011



Exergo

“Solo cuando las hojas del árbol caen desprendidas encima de la tierra, es que dejan de existir. Ha llegado la muerte y aún así sirven para abonar los nuevos frutos”.

Teresa Orosa

Dedicatoria

A mis abuelos que han sido el motor impulsor que me ha llevado a ser lo que hoy soy, por ser mi ejemplo y mi guía.

A mis padres que siempre han confiado en mí y nunca me han puesto obstáculos.

A mi tía y mis primas que han estado conmigo en los momentos buenos y malos.

A mi compañero Manuel Alejandro por llegar a mi vida en el momento indicado.

Al resto de mi familia que es inmensa y que siempre está en mi corazón.

Agradecimientos

A mis tutores:

A mi tutora Dra. C. Luisa María por su gran paciencia, dedicación, porque sin su ayuda esta investigación no se hubiese realizado, por su apoyo diario mis respetos y admiración.

A mi tutor Dr. C. Luis Felipe por ser un admirable preceptor y ayudarme durante toda mi carrera, además de su ayuda en la investigación.

Al profesor Horeb que contribuyó a la realización de esta investigación.

A mis amigos Mairelys y Anddy que me han ayudado en la realización de la investigación y por ser increíbles personas.

A los profesionales que contribuyeron con su experiencia y sabiduría a la valoración del manual.

A todos los profesores de la UCLV que nos han encaminado a ser lo que hoy somos, mis respetos para todos por ser excelentes profesionales.

Resumen

Dicha investigación tuvo como propósito elaborar un Manual dirigido a todos los cuidadores de pacientes con Deterioro Cognitivo Leve (DCL) teniendo en cuenta las necesidades del cuidador principal. Se trabajó con una muestra constituida por 13 cuidadores de la casa de abuelos # 2 del municipio Santa Clara.

Se realizó un estudio descriptivo cuyo paradigma de Investigación fue el Mixto, fundamentado en métodos y técnicas como: Entrevista semiestructurada a la trabajadora social, entrevista semiestructurada a los cuidadores principales, entrevista estructurada a los mismos, revisión de documentos oficiales y cuestionario a profesionales.

Como resultado se logró una aproximación a la relación cuidador-paciente y a las necesidades del primero en relación a su desempeño desde un enfoque integrador. El análisis de los resultados se realizó a través del estudio cualitativo conjuntamente con descripciones cuantitativas de los datos, revelando la necesidad de información con respecto al término abordado así como necesidades de apoyo familiar y profesional.

Finalmente se elabora el manual el cual se somete a evaluación a través de un cuestionario a profesionales, que fue calificado según la técnica del paquete estadístico SPSS denominada Coeficiente de Kendall y se ofrecen recomendaciones necesarias con el objetivo de continuar desarrollando investigaciones en relación al tema, además de sugerencias para intervenir favorablemente en esta situación. Dicha investigación constituye un intento de cuidar al cuidador y al anciano con Deterioro Cognitivo Leve.

Abstract

The purpose of this investigation is to elaborate an instruction Manual directed to the people who take care of all the patients with Mild cognitive impairment (MCI) taking into consideration the needs of the principal people who care of these patients. The sample used was composed by 13 “people who care” in the residence for old people # 2 in Santa Clara municipality.

It was realized a descriptive study with the mix paradigm of investigation based on methods and techniques such as: semi structure Interview to the social worker, semi structure Interview and structure Interview to the principal people who care the patients, revision of official documents and professionals questionnaires.

A closer relation patient-“people who care”, was achieved and also an approach to the occupation of these workers, analyzed with an integral focus. The analysis results was made through the qualitative study unite to quantitative descriptions of the information, showing the necessity of intensify the study of this topic and also the needs of familiar and professional support.

Finally the instruction Manual was elaborated and evaluated by experts thorough a questionnaire applied to them. It was qualify according to the technique statistics package SPSS denominate Kendall’s coefficient. Necessaryes recommendations have been given for keeping developing researches concerning with this topic, besides the useful suggestions favorable in this situation. This investigation has the purpose of helping the aged and the people who takes care of them.

Índice

Introducción.....	1-4
Capítulo 1: Marco Referencial Teórico.....	5-21
1.1 Aspectos Generales del envejecimiento.....	5
1.2 Variables sociodemográficas del envejecimiento.....	5
2.1 Deterioro Cognitivo Leve (DCL).....	6
2.2 Variables sociodemográficas del Deterioro Cognitivo Leve.....	7
2.3 Evolución del concepto del Deterioro Cognitivo Leve (DCL).....	8
2.4 Criterios diagnósticos para el Deterioro Cognitivo Leve (DCL).....	11
2.5 Causas del Deterioro Cognitivo Leve.....	11
2.6 Características del Deterioro Cognitivo Leve.....	12
2.7 Subtipos del Deterioro Cognitivo Leve (DCL).....	12
2.8 Diagnóstico Diferencial del Deterioro Cognitivo Leve.....	13
2.9 Tratamiento del Deterioro Cognitivo Leve	13
3.1 El cuidador principal y la repercusión que trae para el mismo la actividad de cuidado.	14
3.2 Programas de intervención Familiar.....	17
3.3 Consideraciones a tener en cuenta al elaborar un mensaje comunicativo.....	20
Capítulo 2 Diseño Metodológico.....	22-30
2.1 Concepción Metodológica.....	22
2.2 Tipo de estudio.....	23
2.3 Población y Muestra.....	23
2.4 Operacionalización de variables.....	25
2.5 Métodos y técnicas utilizados en la investigación.....	26
2.6 Procedimientos.....	27
Capítulo 3: Presentación y análisis de los resultados.....	31-66
3.1 Resultados de la entrevista semiestructurada a la Trabajadora Social.....	31
3.2 Variables sociodemográficas relacionadas con el cuidador.....	53
3.3 Necesidades del cuidador focalizadas en el paciente con Deterioro Cognitivo Leve e identificadas por su criterio.....	57

3.4 Criterios de profesionales en relación al manual elaborado.....	61
Conclusiones parciales.....	63-66
Conclusiones.....	67-68
Recomendaciones.....	69
Referencias.....	70-73
Anexos	

Introducción

La población mundial envejece aceleradamente y entre sus causas fundamentales está la disminución de la mortalidad, lo que ha traído como consecuencia una mayor esperanza de vida y un numeroso grupo de personas mayores de 60 años. El acrecentamiento considerable de la vulnerabilidad física, social y psicológica asociada al envejecimiento, hace a esta población más susceptible a enfermar.

Hoy en el lenguaje científico se habla de diferentes tipos de vejez. Se puede señalar que existen: una vejez normal, una vejez exitosa o competente y una vejez patológica, dentro de esta última se encuentra el Deterioro Cognitivo Leve (DCL). En la actualidad ha comenzado a aparecer este término con asiduidad en el campo de la neuropsicología, neurología, entre otras ramas. El mismo se caracteriza por un “deterioro cognitivo que no cumple criterios suficientes para ser identificado como demencia y que va acompañado de una relativa preservación de la independencia funcional en el desempeño de las actividades de la vida diaria” (Barroso y cols, 2009, pág. 113).

Estudios realizados han demostrado que el 10% de los adultos mayores de 65 años y el 50% de aquellos con 85 y más, tienen alguna forma de trastorno cognitivo. Adicionalmente, una parte significativa de estas cifras exhiben dicho déficit asociado con alguna condición neurológica tipo DCL.

En la familia esta situación repercute de manera negativa, puesto que para la misma es difícil observar este deterioro en un ser querido, además aparece la preocupación por parte de los familiares producto del desconocimiento de la enfermedad y el poco tiempo con que cuentan para atender al paciente, siendo una persona dentro de la familia la que se encarga del cuidado del anciano con mayor frecuencia. A este individuo se le conoce como cuidador principal.

En la literatura consultada varios autores han trabajado el tema del cuidador, tal es el caso de Ory, Schütz, Tennstedt y Yee, 2000, (Citado en López & Crespo, 2006, pág. 4). Estos autores refieren que la persona que asume el rol de cuidador ha de hacer frente por ello a una gran cantidad de tareas que desbordan con frecuencia sus posibilidades reales. Es más, esas

tareas y demandas son continuamente cambiantes, de modo que lo que sirve hoy, puede ser totalmente inútil mañana, haciendo precisa una readaptación de la rutina diaria y todo ello en un contexto en el que la carga emocional es importante. Afirman que los distintos problemas que el cuidador presenta son muy variados, aparte de las dificultades relacionadas con el cuidado de su familiar mayor, el cuidador tiene que hacer frente a conflictos familiares y de pareja, problemas laborales, económicos, aislamiento social, disminución del tiempo de ocio, entre otros.

Según Crespo, López y Zarit, Ory et al. (2000), el estar sometido a todos estos estresores puede dar como resultado que numerosos cuidadores experimenten problemas emocionales y físicos, presentando en muchas ocasiones altos niveles de depresión, ansiedad, e ira. (Citado en López & Crespo, 2006)

Varios han sido los programas de intervención llevados a cabo con el fin de atenuar estos problemas presentados por los cuidadores, entre ellos se encuentran los psicoterapéuticos seguidos de los psicoeducativos. Los de respiro y los grupos de ayuda mutua son menos frecuentes, si bien en algunos casos se combinan con psicoeducación, psicoterapia, o entre ellos. Asimismo, aparecen otros tipos de programas menos difundidos, como la tutorización o seguimiento de casos, la terapia familiar, de pareja, la activación de la memoria o la estimulación cognitiva al adulto mayor.

Es necesario destacar que muchos cuidadores no están interesados en participar en las distintas intervenciones y otros, aunque lo estén, tienen graves dificultades para implicarse. Es más, en general muestran poca iniciativa en la utilización de recursos. Por lo anterior resulta necesario adecuar las intervenciones a las necesidades y características específicas de los cuidadores (especialmente su escasa disponibilidad de tiempo y su sobrecarga de tareas). En este sentido, los datos indican que aquellas intervenciones en las que el contacto con el cuidador es escaso, resultan largas, o tienen numerosos momentos de medida, generan un mayor número de abandonos.

De acuerdo con lo planteado por Knight et al., 1993; Sörensen et al., 2002, (citado en López & Crespo, 2007) se considera importante ofrecer programas de intervención breves, que no supongan un factor de estrés añadido. Por otra parte, es necesario que la intervención sea

llevada a cabo por personal bien formado, que pueda ofrecer habilidades específicas de afrontamiento, control y solución de problemas emocionales.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, resulta importante destacar que los manuales constituyen una de las estrategias interventivas de mayor efectividad y es por tanto la asumida en dicha investigación. Es la forma más eficaz empleada por los especialistas, para brindar ayuda a aquellos cuidadores de pacientes con Deterioro Cognitivo Leve, que no gozan del tiempo necesario para participar en otras alternativas de intervención.

La investigación adquiere una gran relevancia social e importancia teórico práctica ya que la población de pacientes con Deterioro Cognitivo Leve a nivel mundial alcanza un por ciento considerable que va en aumento cada año. A su vez el costo del cuidado de estos enfermos desde una perspectiva familiar y social es elevado, sobre todo por la repercusión que supone en el bienestar psicológico y la calidad de vida de la persona responsable del cuidado. Lo anterior demanda la necesidad de proporcionar programas de intervención que propicien medios de información, con el objetivo de orientar al cuidador en relación a la actividad que realiza y al cuidado de su salud, además de sensibilizar tanto a los familiares como a la sociedad, para disminuir la sobrecarga que experimenta el cuidador principal.

En tal sentido la presente investigación considera oportuno abordar el siguiente **Problema de investigación**: ¿Cómo elaborar una Manual que oriente al cuidador principal del paciente con Deterioro Cognitivo Leve para un manejo adecuado del mismo, desde la visión humana que demanda dicho cuidado?

Objetivo General: Elaborar Manual que oriente al cuidador principal del paciente con Deterioro Cognitivo Leve para un manejo adecuado del mismo, desde la visión humana que demanda dicho cuidado.

Objetivos específicos:

1. Describir las variables sociodemográficas del cuidador principal del paciente con DCL, en correspondencia con la actividad que realiza.
2. Caracterizar a la familia del paciente con DCL en relación cuidador-paciente.

3. Identificar las necesidades del cuidador principal del paciente con DCL, en relación a su desempeño.
4. Elaborar un Manual que brinde información a los cuidadores de pacientes con DCL para un manejo adecuado de los mismos.
5. Valorar la propuesta del Manual desde el criterio de especialistas.

La presente investigación consta de 3 capítulos. En el Capítulo # 1 se ofrece un abordaje teórico actualizado acerca de las variables sociodemográficas del envejecimiento y el Deterioro Cognitivo Leve, acerca de este último se expone su conceptualización, características, tratamiento, entre otros aspectos de la entidad tratada. Se aborda el tema del cuidador principal y diferentes intervenciones que se han llevado a cabo para atenuar o eliminar las manifestaciones negativas que trae consigo la actividad de cuidado. Finalizando este primer capítulo se abordan algunas consideraciones a tener en cuenta al elaborar un mensaje comunicativo. En el capítulo #2 de dicha investigación se expone la metodología utilizada, el tipo de estudio, se describe la población y la muestra con que se trabajó, además de las técnicas y métodos utilizados a lo largo del estudio. Conjuntamente se describieron las variables con las cuales se trabajaría, así como los procedimientos llevados a cabo a lo largo de dicha investigación. En el capítulo # 3 se realiza un análisis de los resultados obtenidos desde una perspectiva cuali-cuantitativa. Por último se presentan las conclusiones y las recomendaciones derivadas de la investigación. Al final del estudio se elabora el Manual Dirigido a los cuidadores principales de pacientes con DCL el cual es sometido al criterio de especialistas.

Capítulo I Marco Referencial Teórico

Capítulo 1: Marco Referencial Teórico

1.1 Aspectos Generales del envejecimiento

En los últimos años la humanidad vive un fenómeno sin precedentes: el envejecimiento de la población, que puede definirse como un aumento de la proporción de personas de edad avanzada, con relación al resto de la población. También se define como la inversión de la pirámide de edades, debido a que el fenómeno, no es solamente un aumento de la proporción de ancianos, sino también una disminución de la proporción de niños y adolescentes menores de 15 años.

1.2 Variables sociodemográficas del envejecimiento

El envejecimiento humano es un fenómeno universal e inevitable. Estudios demográficos revelan un aumento significativo de la población mayor de 60 años, no sólo en países desarrollados donde es del 12 al 15%, sino también en países en vías de desarrollo. (Varela, Chávez, Gálvez, Méndez, 2004). Los datos obtenidos por el Informe sobre Envejecimiento de la Población Mundial 2009 publicado recientemente por la División de Población del DAES, muestran que para mediados de este siglo las personas mayores de 60 años formarán el 22 por ciento de la población mundial.

El informe revela que la fertilidad total en el mundo a principios de los 1950 era de cerca de cinco nacimientos por mujer, mientras que en la actualidad ha caído hasta menos de la mitad de ese valor y las proyecciones futuras calculan que se aproximará al nivel de sustitución de 2.1 niños por mujer en unas pocas décadas.

El envejecimiento según la (OMS) es considerado como un Proceso fisiológico que comienza con la concepción y ocasiona cambios característicos de la especie durante todo el ciclo vital, esos cambios producen una limitación a la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. El ritmo de esos cambios se produce en los distintos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos de forma desigual.

Orosa, (2001), asume que no es solo el indicador edad el que define el envejecimiento; hoy podemos hablar de indicadores biológicos, cronológicos, fisiológicos, sociales, psicológicos, cuestión que se centra en el envejecimiento como un fenómeno individual. Las personas

Capítulo 1: Marco Referencial Teórico

envejecen de distintas maneras en función de su individualidad, de su subjetividad, condicionadas por un conjunto de factores biológicos, psicológicos y sociales.

Hoy en el lenguaje científico se habla de diferentes tipos de vejez. Se puede señalar que existen: Una vejez normal, una vejez patológica y una vejez exitosa o competente. La primera es la más difícil de definir, pues se valora en base a un conjunto de parámetros abstractos que se manifiestan en la media de funcionamiento de la población de la tercera edad. La vejez patológica es más fácil de definir, pues es aquella que cursa con algún tipo de enfermedad, en este sentido es preciso aclarar que si bien con la edad aumenta el riesgo de enfermar, la vejez no es sinónimo de enfermedad. El riesgo de enfermar en la vejez tiene que ver más con los estilos de vida que con la edad en sí. Por su parte la vejez competente o exitosa se puede definir como aquella que transcurre con una baja posibilidad de enfermar y de discapacidad asociada, un alto funcionamiento cognitivo, físico y funcional, poder asertivo, compromiso y participación social (Orosa, 2001).

El envejecimiento es un proceso evolutivo gradual, una serie de estadíos que se organizan en torno a ciertas características de orden físico, psicológico, social y material. Las crisis o acontecimientos destacados pueden modificar radicalmente la vida y precipitar el paso de un estadío a otro. Se podría señalar que envejecer es el conjunto de procesos que contribuyen a incrementar progresivamente la tasa de mortalidad específica para la edad, en una población que vive en condiciones ideales para su supervivencia. No tiene una causalidad única y no es ni una enfermedad, ni un error evolutivo. Orosa, (2001).

2.1 Deterioro Cognitivo Leve (DCL)

Con el avance de la edad, los adultos se quejan de que su memoria “no es más la de antes”, los “olvidos” son muy frecuentes en el curso del envejecimiento normal, pero son también característicos de las etapas iniciales de los síndromes demenciales. Esta superposición ha motivado desde hace más de 40 años a delimitar esta situación. Serrano, Allegri, Caramelli, Taragano, Zapata, (2007). Según Zuin, (2009) la función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la

Capítulo 1: Marco Referencial Teórico

comprensión y la resolución de problemas. La función cognitiva cambia con la edad. Si bien algunos individuos envejecen «exitosamente», es decir muchas de sus funciones cognitivas permanecen igual que en su juventud; la mayoría sufre la disminución de algunas esferas cognitivas tales como las de aprender nueva información y ejecutar funciones motoras rápidas, mientras que otros sufren condiciones como la enfermedad de Alzheimer que deterioran severamente su funcionamiento cognitivo.

La situación de deterioro cognitivo engloba, por el contrario, la afectación de varias funciones cognitivas en un grado superior al esperado para la edad, nivel de salud general y nivel cultural de la persona. El deterioro cognitivo, por tanto, es un estado clínico que se sitúa en un punto intermedio que va desde la normalidad cognitiva hasta la pérdida completa de las funciones intelectuales, tal y como ocurre en las fases avanzadas de las demencias. El deterioro cognitivo siempre significa situación de enfermedad. (Baca, González, Guerrero, Hormigo, Pérez, Zapata, 2001)

Estos cuadros son muy frecuentes algunos investigadores dicen que se presenta casi en la mitad de los adultos mayores y su importancia radica en que podrían corresponder a la etapa más inicial de una enfermedad de Alzheimer (Donoso, 2001).

2.2 Variables sociodemográficas del Deterioro Cognitivo Leve

El deterioro cognitivo presenta una alta prevalencia en el anciano y condiciona situaciones de grave incapacidad, lo cual ocasiona una seria problemática socio-asistencial. Proyecciones mundiales estiman que los casos de demencia aumentarán en países desarrollados de 13,5 millones en el 2000 a 21,2 millones para el 2025. En los países subdesarrollados varía según la fuente de información. Sin embargo, en general para este grupo se calcula que en el 2000 había 18 millones de personas con demencia y se proyecta que para el 2025 esta cifra aumente a 34 millones. (Zuin, 2009, pág. 4)

La elevada prevalencia de deterioro cognitivo en la población mundial obedece al incremento en las cifras de población envejecida donde la condición neuropsicológica deteriorada – generalmente la memoria- resulta predominante.

Capítulo 1: Marco Referencial Teórico

Se ha reportado que el 10% de los adultos mayores de 65 años y el 50% de aquellos con 85 y más años tienen alguna forma de trastorno cognitivo. Adicionalmente, una parte significativa de estas cifras exhiben dicho déficit asociado con alguna condición neurológica tipo DCL. Los estimados de prevalencia del DCL oscilan entre 3%-53%, representando el doble de la cifra de casos con demencia. Uno de los estimados más sólidos y consistentes, fundamentados en muestreos basados en la población, sitúa la prevalencia del DCL para 75 y más años en un 19 %, mientras que la incidencia se estima entre 1-1.5 % anual para estas edades. Se han propuesto 18 términos clínicos diferentes para designar la situación clínica del deterioro cognitivo sin demencia.

2.3 Evolución del concepto del Deterioro Cognitivo Leve (DCL)

Kral y Col, (1962), (citado en Barroso, Correia, Nieto, 2009) diferenciaron los “olvidos benignos” de la senectud definiéndolos como las alteraciones mnémicas que influían negativamente en el desempeño de las actividades de la vida diaria pero no progresaban hacia formas más globales de deterioro intelectual. Esta entidad nunca fue definida desde el punto de vista operacional ni fue validada por estudios longitudinales bien controlados. En 1986, el Instituto Nacional de la Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH) subsidió un grupo de trabajo cuya tarea fue establecer los lineamientos diagnósticos de lo que denominarían “Deterioro de memoria asociado a la edad”. En este criterio se incluían aquellos sujetos mayores de 50 años con quejas de olvidos, fallas objetivas de la memoria (puntaje por debajo de los jóvenes en las pruebas de memoria) y función intelectual normal. Esta definición desarrolló un criterio claro para trabajos de investigación, pero causó un conflicto con la referencia del puntaje a sujetos jóvenes. En la población normal que envejece, más del 90% no logra acceder a este límite y el concepto pierde utilidad. (Barroso y cols, 2009).

Posteriormente aparecieron diversas definiciones que rápidamente cayeron en desuso. En 1986 se propuso el término deterioro de memoria asociado a la edad (en inglés Age-Associated Memory Impairment, AAMI) refiriéndose a los cambios de memoria en individuos mayores comparados con jóvenes, mientras que con posterioridad surgió la definición de declive cognitivo asociado al envejecimiento (del inglés Aging- Associated Cognitive Decline, AACD) que incluyó otros dominios cognitivos además del registro de la memoria. Ninguna de

Capítulo 1: Marco Referencial Teórico

las definiciones propuestas hasta ese momento delimitaba el envejecimiento normal de la demencia incipiente. El objetivo final no era la normalidad, sino aquella franja limítrofe de “pseudonormalidad” correspondiente a una probable enfermedad de Alzheimer aún sin demencia. Si bien no existe una continuidad biológica entre el envejecimiento normal y la enfermedad de Alzheimer, desde el punto de vista clínico, sintomatológico y cognitivo sí la hay. Nace así el concepto de “deterioro cognitivo leve” (DCL) en el período 1990-1992, que se refiere a individuos que tienen deterioro cognitivo no suficiente desde lo funcional como para rotular el diagnóstico de síndrome demencial. En el DSM-IV (APA, 1994) se incluye un concepto, definido por quejas acerca de dificultades en el recuerdo de nombres y citas o en la resolución de problemas, sin poderse relacionar con un problema mental concreto o una alteración neurológica (trastorno amnésico sin especificar). (Fernández, Machado, León, 2009).

Muchos investigadores se plantean si, en parte, los déficits descritos se deben a una enfermedad, por tanto, deberían poder distinguirse de algún modo de los puramente relacionados con la edad. Así, se empiezan a proponer otros conceptos que ligan estados de alteración cognitiva leve con patología subyacente. En la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (WHO, 1992) se ofrecen criterios para una entidad llamada “Trastorno Cognitivo Leve”, que se refiere a alteraciones de la memoria, el aprendizaje y la concentración, a menudo acompañados de fatiga, que debe ser demostrable por algún test neuropsicológico y atribuible a lesión o enfermedad cerebral o a enfermedad sistémica que se conozca que pueda causar disfunción. Se excluye la posibilidad de demencia, síndrome amnésico, conmoción cerebral o síndrome postencefálico. (Fernández y cols, 2009)

En 1996 se reconoció que la definición y medida del deterioro cognitivo sin demencia era uno de los desafíos más importantes en la epidemiología de las demencias. Según Petersen (1997) define un concepto de DCL, criticado sin embargo por tautológico. En esta ocasión se enfatizó en la requerida observación de cambios en la memoria y trastornos demostrados en esta función. Ya en 1999, se aclaran términos y el DCL se redefine clínicamente añadiendo que se requiere además trastornos en otros dominios cognitivos además de la memoria. En el

Capítulo 1: Marco Referencial Teórico

año 2001 los criterios de la clínica Mayo quedan expuestos en una revisión basada en la evidencia clínica, sugiriendo la necesidad de identificación y seguimiento longitudinal de los individuos con DCL, por su riesgo incrementado de desarrollar Enfermedad de Alzheimer y señala además que las comparaciones con valor serían las realizadas entre grupos pareados de edad. (Fernández y cols, 2009). Aunque hay que tener en cuenta que en la bibliografía revisada no todos los autores reconocen la necesaria evolución de un paciente con DCL hacia una demencia. Tal es el caso de Álvarez, M. & Alom, J., (2008), que catalogan el DCL como un estado de transición entre la función cognitiva normal para la edad y un estado de demencia leve. El 10-15% de estos pacientes evolucionan cada año a un cuadro de enfermedad de Alzheimer comparado con el 1-2% de las personas sanas de la misma edad. Es muy importante diagnosticar y tratar adecuadamente a los pacientes con DCL para prevenir o enlentecer su evolución a una enfermedad de Alzheimer.

El concepto asumido en dicha investigación ha comenzado a aparecer con asiduidad en el campo de la neuropsicología, neurología, etc., como una entidad diagnóstica en el envejecimiento patológico, que se caracteriza por un “deterioro cognitivo que no cumple criterios suficientes para ser identificado como una demencia y que va acompañado de una relativa preservación de la independencia funcional en el desempeño de las actividades de la vida diaria”. (Barroso y cols, 2009, pág. 113)

2. 4 Criterios diagnósticos para el Deterioro Cognitivo Leve (DCL)

Un diagnóstico preciso del DCL es un tanto más difícil por el hecho de que no existen criterios exactos de diagnóstico. A pesar de que en los últimos años se ha desarrollado un consenso en relación al diagnóstico del DCL, los parámetros de diagnóstico que delimitan esta enfermedad aún no han sido claramente definidos. (Bidzan y cols, 2007), (Citado en Suazo, 2009). Para delimitar los aspectos más importantes en el diagnóstico del DCL, se integraron los criterios diagnósticos elaborados por distintos autores, entre ellos Nelson y O'Connor (2008), el grupo de trabajo del European Consortium on Alzheimer Disease (EADC) sobre DCL realizado en el 2006 y Petersen (2003). Dichos autores coincidían en que debían aparecer síntomas subjetivos de pérdida de memoria u otras funciones cognitivas que fueran corroborados por un informante válido, además de que el sujeto o el informante debían referir

Capítulo 1: Marco Referencial Teórico

un declive en uno o más dominios del funcionamiento cognoscitivo en relación con las capacidades previas durante los últimos 12 meses. Otro de los aspectos asumidos para dicho diagnóstico es la presencia de actividades de la vida diaria esencialmente normales. Esta situación no puede ser explicada por demencia u otra causa médica.

2.5 Causas del Deterioro Cognitivo Leve

Las causas del deterioro cognitivo pueden ser múltiples: demencias degenerativas, depresión, enfermedades cerebrovasculares, alcoholismo, daño cerebral traumático, cambios posneuroquirúrgicos, etc.; aunque sin duda, las demencias degenerativas son la principal causa del deterioro cognitivo en la población mayor. (Llanero, Montejó, Montenegro, Fernández, Ruiz, 2010). El 92% de los expertos y el 86% de los médicos generalistas encuestados admitieron que el DCL responde a causas diferentes. Ellos proponen que es un síndrome que involucra diferentes causas y no una entidad única pre Alzheimer, como la enfermedad cerebro vascular (expertos: 80%, generalistas: 83%). Otros trastornos implicados fueron la demencia fronto temporal (DFT) (expertos: 50%, generalistas: 50%), la enfermedad por cuerpos de Lewy difusa (ECL) (expertos: 58%, generalistas: 50%) y el envejecimiento (expertos: 37%, generalistas: 50%). (Serrano y cols, 2007)

2.6 Características del Deterioro Cognitivo Leve

Según Fernández, I.C y cols, (2009) existe un consenso que distingue al Deterioro Cognitivo Leve como un estado de transición que puede conllevar a la enfermedad del Alzheimer de un 10-5% por año, aunque su evolución con frecuencia es progresiva, algunos individuos se mantienen estables y otros mejoran. Los mismos delimitan la enfermedad como un deterioro insuficiente para un diagnóstico de Alzheimer u otra demencia, en donde las actividades de la vida diaria permanecen preservadas. Reconocen los autores que existen subtipos clínicos que deben considerarse, además de que dicho paciente posee un rendimiento por debajo de -1.5 de la media del grupo control de edad y nivel educacional similar.

Capítulo 1: Marco Referencial Teórico

2.7 Subtipos del Deterioro Cognitivo Leve (DCL)

El DCL amnésico es el más frecuente, es decir, el que corresponde a la descripción original de DCL. Se cree que este tipo de DCL tiene una base degenerativa y, gradualmente, progresa a enfermedad de Alzheimer. Otra forma es la del DCL de múltiples dominios, que representaría la leve alteración de más de un área cognitiva sin intensidad suficiente como para diagnosticarse demencia. Esta forma equivale al ya referido concepto de DECAE de Levy et al. (1994). Estos pacientes, probablemente evolucionarán, bien a enfermedad de Alzheimer, bien a demencia vascular, aunque también pueden representar un extremo del envejecimiento normal si permanecen estables. Otra variante clínica sería la que implica una alteración leve en una única área cognitiva distinta de la memoria y es denominada DCL no amnésico de dominio único. Esta forma puede suponer alguna forma incipiente de otras demencias. Hace referencia a un paciente que presenta una alteración relativamente aislada en un área cognitiva distinta de la memoria y que, probablemente, ello supusiera el sutil inicio de alguna demencia de inicio focal (demencia frontotemporal, demencia por cuerpos de Lewy, afasia progresiva primaria) o que desembocara en una demencia vascular y que la alteración focal fuera secundaria a la localización del foco isquémico. (Petersen, 2003, citado en Gramunt 2009)

2.8 Diagnóstico Diferencial del Deterioro Cognitivo Leve

El diagnóstico diferencial es difícil, ya que se confunde con el envejecimiento normal (pero tienen más defectos mnémicos que los normales) y con la demencia inicial (pero conservan capacidad de juicio). También pueden confundirse con adultos mayores normales que han recibido un exceso de fármacos o que tienen un trastorno emocional que interfiere con sus rendimientos. (Donoso, 2001)

2.9 Tratamiento del Deterioro Cognitivo Leve

Para el tratamiento del DCL se han considerado el uso de múltiples alternativas terapéuticas, entre ellas los inhibidores de la colinesterasa, hormonas, inhibidores de COX-2, etc. pero los resultados siguen siendo contradictorios e insuficientes, hasta la fecha no hay tratamiento probado, solo algunos medicamentos que son utilizados por diversos especialistas. Este tratamiento se divide en específico como son los inhibidores de la colinesterasa, la tricina, el

Capítulo 1: Marco Referencial Teórico

donepezilo, la vitamina E, etc.; y no específico entre los que tenemos los psicotónicos, los vasodilatadores, los psicoenergizantes, los nootropos y las actividades psicoestimulantes que incluyen desde la lectura de un libro, jugar ajedrez y realizar crucigramas, hasta los denominados programas de psicoestimulación. Estos conllevan a un potencial grado de modificabilidad funcional cognitiva y de potencial de aprendizaje en base a las estructuras neurales intactas para que se puedan establecer nuevas conexiones nerviosas que sustituyan a las ya dañadas. Estos programas pueden ofrecer una mejora de algunas de las funciones cognitivas. (Carretero, 2003)

La intervención cognitiva es importante como parte del tratamiento no farmacológico en los pacientes con deterioro cognitivo ligero o leve. A menudo los familiares de estos pacientes se plantean interrogantes y demandan una orientación profesional, teniendo en cuenta que en la actualidad aún se desconoce un tratamiento farmacológico efectivo que cure o detenga las enfermedades demenciales. En Cuba, los profesionales de la salud que laboran con estos pacientes y sus familiares, aplican el tratamiento no farmacológico, desde la rehabilitación integral en los órdenes funcional, psíquico y social. Sin embargo, en la esfera cognitiva se reduce a la facilitación de algunos consejos útiles a la familia o el cuidador y a la conceptualización y aplicación de algunas técnicas y terapias de rehabilitación, al no contarse con la suficiente disponibilidad de materiales, instrumental y capacitación para la realización a profundidad de la intervención cognitiva, con la exclusión del Centro Internacional de Restauración Neurológica en Cuba, que cuenta con el Servicio de Neuropsicología y desarrolla diversos programas de rehabilitación cognitiva. (Días & Sosa, 2009)

Se hace necesario explicitar que, previo a cualquier estrategia cognitiva, siempre deberá realizarse la correspondiente exploración neuropsicológica (diagnóstico neuropsicológico) que posibilite determinar las funciones cognitivas afectadas y aquellas residuales, para la posterior planificación de la estrategia interventiva a desarrollar. Se tendrá en cuenta además, la capacidad funcional del paciente (índices de funcionalidad), la edad y su nivel intelectual premórbido. (Días & Sosa, 2009). En resumen tenemos que la intervención cognitiva en el paciente con deterioro cognitivo ligero y demencia leve se ejecuta fundamentalmente en forma de estimulación cognitiva, la que incluye las técnicas de la terapia de orientación a la realidad,

Capítulo 1: Marco Referencial Teórico

la reminiscencia, la psicoestimulación mediante las artes y la consulta de logopedia, así como los talleres de entrenamiento de la memoria, con el uso de diversas técnicas a manera de reeducación neuropsicológica, y las propuestas de adaptación al entorno físico y humano, que engloban, respectivamente, las rutinas en la vida cotidiana y ayudas externas. También se emplean métodos de comunicación y técnicas de validación, e intervenciones propias de psicoterapias específicas. (Días & Sosa, 2009)

Por otra parte, la intervención en el paciente con DCL se promueve fundamentalmente a manera de reeducación neuropsicológica, con el desarrollo de técnicas en forma de adaptación al entorno y talleres de estimulación y entrenamiento de la memoria. A manera de estimulación cognitiva, mediante el empleo de la terapia de orientación a la realidad, en sesiones de nivel avanzado; asimismo, con intervenciones propias de psicoterapias específicas y la animación gerontológica por medio de diversas actividades sociolúdicas. (Días & Sosa, 2009). El aumento de la esperanza de vida ha obligado al ser humano y, específicamente a los profesionales del área de la salud, a buscar nuevas formas de intervenir a nivel psicológico en favor de las personas de la tercera edad. “El aumento de la esperanza de vida supone un incremento de la demanda sanitaria en la población de edad avanzada, sobre todo en los casos de incapacidad y dependencia” (López, Serra, Lozano, Tron, Vilalta, Garre, Camps, Hernández, Mariscot, Llinas y Pujol, 2000, citado en Jara, 2007).

3.1 El cuidador principal y la repercusión que trae para el mismo la actividad de cuidado

Varios autores han trabajado el tema del cuidador, tal es el caso de Ory, Yee, Tennstedt, y Schulz, 2000, (Citado en López & Crespo, 2006, pág. 4). Los mismos plantean que cuando algún mayor enferma o presenta algún tipo de dependencia, dentro del sistema familiar suele haber una persona, el cuidador principal, que asume las tareas de cuidado básica con las responsabilidades que ello acarrea, es percibida por los restantes miembros de la familia como el responsable de asumir el cuidado del enfermo sin que generalmente haya llegado a desempeñar ese papel por un acuerdo explícito de la familia.

Capítulo 1: Marco Referencial Teórico

Valderrama, (2001), aborda el tema del cuidador asumiendo el término de cuidadores informales a aquellos que forman parte de la familia. Refiere que el primer cuidador familiar suele ser el cónyuge y frente al desborde, los hijos suelen ser quienes toman a cargo la tarea. En la práctica cotidiana son las mujeres las que cuidan de sus maridos afectados por distintas dolencias y habitualmente una de las hijas del matrimonio es la que debe continuar con la tarea (si es soltera o viuda suele ser la convocada), los hijos varones en muy pocas ocasiones se hacen cargo del cuidado de sus padres. Cuando son muchos los hijos, ocurre que para descomprimir la carga del cuidado deciden llevar al anciano durante un determinado tiempo a cada uno de los hogares de ellos. Claro está que esta situación no se puede mantener en el tiempo, pues afecta al anciano creando cuadros confusionales y no evita la carga de la hija cuidadora.

Cuando de la dependencia aceptada se pasa a la dependencia avanzada, se plantea generalmente la incorporación de cuidadores profesionales y/o las prestaciones de centros de día para poder sostener el precario sistema que desarrolla la familia. Superados los 3 ó 4 cuidadores, nuevamente la crisis familiar lleva a una situación desbordante (por los problemas relacionados con los costos del servicio y la necesidad de efectuar un control de gestión: “se constituye un pseudo sanatorio en el domicilio”), en estos casos se suele plantear la necesidad de institucionalizar al envejeciente. (Valderrama, 2001)

Cuidar de un familiar mayor dependiente en el propio hogar supone una situación de estrés que incrementa el riesgo de padecer importantes alteraciones emocionales y problemas físicos, la escala de Zarit, es una técnica muy utilizada para medir la carga que soporta el cuidador principal y muchas veces permite asesorar a los cuidadores familiares a fin de evitar trastornos severos (estrés, depresión, bourn out). (Valderrama, 2001)

Por otra parte estudios realizados por López & Crespo, (2006) revelan que la persona que asume el rol de cuidador ha de hacer frente por ello a una gran cantidad de tareas, que desbordan con frecuencia sus posibilidades reales. Es más, esas tareas y demandas son continuamente cambiantes, de modo que lo que sirve hoy, puede ser totalmente inútil mañana, haciendo precisa una readaptación de la rutina diaria. Y todo ello en un contexto en el que la carga emocional es importante, ya que no es fácil ver el deterioro y las dificultades continuas

Capítulo 1: Marco Referencial Teórico

de un ser querido. Estos autores afirman que los distintos problemas que el cuidador presenta son muy variados. Aparte de las dificultades relacionadas con el cuidado de su familiar mayor, el cuidador tiene que hacer frente a conflictos familiares y de pareja, problemas laborales, económicos, aislamiento social, disminución del tiempo de ocio, entre otros.

Según Crespo., López., Ory. y Zarit, et al. (2000), el estar sometido a todos estos estresores puede dar como resultado que numerosos cuidadores experimenten problemas emocionales, amén de problemas físicos. De hecho, los cuidadores presentan en muchas ocasiones altos niveles de depresión, ansiedad e ira. Una gran preocupación, sobre todo en los cuidadores de más edad, es que su salud no se vea disminuida para poder hacer frente al futuro de la enfermedad del familiar. Pero una cosa son los deseos de los cuidadores de tener una buena salud y otra, a veces bien diferente, es la salud que realmente presentan. De hecho su salud física se encuentra en muchas ocasiones deteriorada, presentando numerosos problemas osteomusculares, fracturas y esguinces, trastornos del sueño, entre otros muchos problemas incluyendo enfermedades crónicas que tienen una alta prevalencia en el mundo (Citado en López & Crespo, 2006).

Lo anteriormente expuesto demuestra la prevalencia de la enfermedad y la connotación en la salud del cuidador a nivel mundial, lo cual demanda la necesidad de desarrollar programas de intervención que permitan ofrecer orientación y ayuda a los cuidadores de estos pacientes, al mismo tiempo que contribuya a responder a las necesidades de los mismos.

3.2 Programas de intervención Familiar

Variados han sido los medios empleados por los especialistas a nivel mundial para ofrecer información y ayuda a los cuidadores de pacientes con Deterioro Cognitivo Leve. En la revisión y actualización sobre el tema encontramos la utilización de Sitios Web en Internet, Boletines, Sitios que ofrecen información y noticias diarias sobre las diferentes instituciones o medios a los que puede acudir el cuidador para obtener ayuda especializada, así como consejos prácticos para estas personas. También se encuentra la elaboración de Guías psicoeducativas, Manuales, Folletos que de manera didáctica brindan orientación. Se ha

Capítulo 1: Marco Referencial Teórico

empleado además como recurso la terapia de grupo, grupos de autoayuda, talleres de arteterapia y el abordaje del tema en libros, revistas y otros medios de difusión masiva.

El estudio empírico de intervenciones dirigidas a cuidadores de mayores dependientes comenzó en los años 80, sin que todavía se hayan conseguido establecer con claridad la eficacia de este tipo de intervenciones. Dichas Intervenciones demuestran que el contenido y desarrollo de las mismas no siempre está suficientemente especificado. Dentro de los programas de intervención que aparecen con más frecuencia son los programas psicoterapéuticos seguidos de los psicoeducativos. Los programas de respiro y los grupos de ayuda mutua son menos frecuentes, si bien en algunos casos se combinan con psicoeducación, con psicoterapia, o entre ellos. Asimismo aparecen otros tipos de programas menos difundidos, como la tutorización o seguimiento de caso, la terapia familiar, de pareja, la activación de la memoria o la estimulación cognitiva del mayor. En cuanto al formato, la mayoría son intervenciones grupales, tan sólo tres estudios comparan la intervención aplicada en formato individual y grupal.

La propuesta interventiva más efectiva según López & Crespo (2006), consiste en intervenciones psicoterapéuticas individuales, las cual pueden proporcionar varios recursos para manejar lo más adecuadamente posible el estrés asociado a las situaciones de cuidado, e impedir así en la medida de lo posible sus efectos nocivos. También ofrece recursos para amortiguar el empeoramiento del estado de ánimo de los cuidadores. Se puede por tanto ayudar a los mismos a afrontar mejor su situación para que esto les ayude a sentirse mejor, para lo cual propone primeramente ayudarles a entender sus pensamientos sobre lo que significa ser cuidador (y sobre su familiar), y cómo esta actividad puede afectar severamente su estado de ánimo. Otra de su propuesta consiste en ayudarles a aprender una variedad de habilidades y métodos específicos para cambiar pensamientos y comportamientos poco adaptativos.

De acuerdo con los resultados de los trabajos previos sobre los factores asociados al malestar de los cuidadores (Crespo et al., 2005), parece altamente aconsejable facilitar a los cuidadores el aprendizaje de técnicas concretas que les ayuden a manejar los problemas emocionales que conlleva el papel de cuidador, López & Losada, (citado en López & Crespo, 2006).

Capítulo 1: Marco Referencial Teórico

En la revisión bibliográfica se destacan dentro de los programas de intervención realizados para cuidadores 16 estudios, donde son los profesionales los que se desplazan al domicilio del cuidador, regularmente (14), cuando resulta necesario (2). Son varios los estudios llevados a cabo exclusivamente a través del teléfono, en alguna o en todas las condiciones experimentales (6 estudios), si bien con mayor frecuencia se recurre a contactos telefónicos ocasionales (24 estudios). La mayor parte de las intervenciones son dirigidas y supervisadas por profesionales, pero en ocasiones son otros cuidadores los que desarrollan grupos de ayuda mutua e incluso una intervención de counseling. La duración de los programas va desde un único día hasta 36 meses, pero en la mayoría de los casos, especialmente en los tratamientos psicoterapéuticos, las sesiones se extienden a lo largo de, aproximadamente 8 semanas. En pocas ocasiones (9 estudios) se valora la implementación a los programas. Con todo, los datos parecen indicar que cuando son los propios cuidadores quienes tienen que tomar la iniciativa para la utilización de los recursos puestos a su disposición, los usan en muy escasa medida, siendo la adhesión al tratamiento cada vez menor conforme pasa el tiempo. Citado en (López & Crespo, 2007)

Parece que los familiares que cuidan a mayores en casa son un grupo de difícil acceso. Muchos no están interesados en participar en las distintas intervenciones y otros, aunque lo estén, tienen graves dificultades que les impide implicarse. Es más, en general, muestran poca iniciativa en la utilización de recursos. Por todo ello, parece esencial adecuar las intervenciones a las necesidades y características específicas de los cuidadores (especialmente su escasa disponibilidad de tiempo y su sobrecarga de tareas). En este sentido, los datos indican que aquellas intervenciones en las que el contacto con el cuidador es escaso, resultan largas, o tienen numerosos momentos de medida, generan un mayor número de abandonos. Por lo tanto es importante ofrecer programas de intervención breves, que no supongan un factor de estrés añadido. Por otra parte, parece bien asumido que la intervención debe ser llevada a cabo por personal bien formado, que pueda ofrecer habilidades específicas de afrontamiento, control y solución de sus problemas emocionales (Knight et al., 1993; Sörensen et al., 2002, citado en López & Crespo, 2007).

Capítulo 1: Marco Referencial Teórico

Como estrategia interventiva la Administración de servicios para adultos elabora un Manual para cuidadores familiares de pacientes adultos o ancianos discapacitados, en el cual aborda temas de ayuda acerca de cómo debe cuidarse el cuidador, conocer sobre el manejo de la depresión, quejas y exigencias excesivas, apuntes para la resistencia. Aborda sobre cómo mejorar la vida cotidiana y planificación del futuro, entre otros temas de interés para cuidadores de pacientes ancianos que dependan de la ayuda de su familiar o cuidador.

Por otra parte El U.S. Department of Health and Human Services, elabora una Guía Psicoeducativa, para cuidadores de familiares de la tercera edad, de un hijo adulto discapacitado, o de un amigo de avanzada edad. Esta Guía proporciona información y una serie de sugerencias para hacer que el suministro de cuidados sea más fácil y tenga mejores resultados, ya sea para el propio cuidador o la persona encargada de conseguir que su familiar o amigo reciba la mejor asistencia posible por parte de terceras personas. Así mismo, la Fundación Matia propone una guía dirigida al cuidador, donde se abordan temas relacionados con el autocuidado, la comunicación con el paciente, la autonomía, algunos consejos para un cuidado mejor, temas relacionados con la agresividad del paciente, entre otros aspectos de interés para dicho cuidador.

De manera general los diferentes manuales y guías psicoeducativas consultados en la literatura, ofrecen desde un punto de vista teórico una descripción general de la enfermedad, la cual le permite al cuidador profundizar en el conocimiento de esta patología. Los consejos prácticos referidos al autocuidado en el cuidador resultan insuficientes ante la necesidad de ayuda que demandan dichos cuidadores. Aspectos como la psicoestimulación y actividades instrumentadas son temas pocos desarrollados. Las guías y manuales describen la información basada fundamentalmente en la redacción, estructurados por temas, utilizando un lenguaje sencillo y asequible en algunos casos con apoyo de imágenes visuales y otras estrategias del mensaje que permitan la asimilación por parte del lector. A pesar de lo anterior resulta importante destacar que los manuales constituyen una de las estrategias interventivas de mayor efectividad y es por tanto la asumida en dicha investigación. Es la forma más eficaz empleada por los especialistas, para brindar ayuda a aquellos cuidadores de pacientes con

Capítulo 1: Marco Referencial Teórico

Deterioro Cognitivo Leve, que no gozan del tiempo necesario para participar en otras alternativas de intervención.

3.3 Consideraciones a tener en cuenta al elaborar un mensaje comunicativo

“...la comunicación ha sido calificada como "una ciencia múltiple y dispersa" de reciente incorporación al campo científico, aunque poseedora de una larga historia, que se remonta a los momentos en que el ser humano fue consciente de su capacidad de comunicarse con otros”. (Ojalvo, V, pág. 31)

Algunos autores ubican el surgimiento de la comunicación como ciencia a partir de los años 30, con el auge de la propaganda en los países capitalistas más desarrollados, sin embargo, pueden encontrarse huellas mucho más remotas, en la filosofía griega: en su Oratoria Aristóteles define los elementos que permiten construir un discurso persuasivo, mientras que en la Retórica, se caracterizan los medios para lograr el fin deseado a través de la palabra. A estos medios el filósofo los llamó: ethos, pathos y logos haciendo referencia a lo que actualmente sería la credibilidad del comunicador, el establecimiento de premisas emocionales y la disposición de los argumentos lógicos del mensaje. (Ojalvo, V, pág. 31)

La historia de los modelos comunicativos data de siglos, uno de los primeros modelos difundidos en la historia de la comunicación se basa en la teoría psicológica conductista, los cuales comprendían toda acción humana a través de la fórmula estímulo-respuesta. En el mismo se concibe el proceso de comunicación a través del esquema emisor (E), quien envía un mensaje (M) a un receptor (R). Este es un modelo unidireccional, el cual considera al receptor como un ente pasivo, no teniendo en cuenta el contexto o situación en la cual se produce el acto comunicativo y el proceso de retroalimentación del mensaje recibido. (Medina, 2005)

En los años cuarenta surge uno de los modelos más difundidos: el creado por C.Shannon y W. Weaver, este nace de la cibernética y la informática, denominándose teoría matemática de la comunicación o teoría informacional, la cual apunta en sus postulados teórico el cómo de la transmisión del mensaje. El mismo introduce otros elementos en el proceso comunicativo como la fuente de ruidos y el código, centrando su análisis más en el concepto

Capítulo 1: Marco Referencial Teórico

de información que en el de comunicación. Posteriormente modificaciones del modelo desde la Psicología siguen manteniendo una concepción de la comunicación entre dos personas como transmisión de un mensaje sucesivamente codificado y después decodificado. Sin embargo ha sido necesario incorporar al modelo el concepto aplicado por Wiener citado por Díaz (2005) de feedback. Este proviene del modelo cibernético de Wiener y rompe el esquema lineal al hacerlo circular, por lo que le da una aplicación humana al modelo anterior, puesto que tiene en cuenta que las personas no son elementos estáticos en el proceso de comunicación. El modelo supera al anterior ya que aparentemente le otorga un papel relativamente más activo al receptor, por lo que tiende más a la bidireccionalidad, aunque sigue sin tomar en consideración el contexto o situación en la que se produce la comunicación.

Por otra parte McQuail y Windahl (1984), representantes de las corrientes funcionalistas incorporan al campo de la investigación en comunicación el primer modelo centrado específicamente en el de recepción: el enfoque de usos y gratificaciones. El modelo tiene en cuenta no sólo el efecto que provoca el mensaje en los receptores sino el uso que los mismos le dan al mensaje. Toma a consideración las necesidades de los individuos enfatizando en el hecho de que el mensaje es interpretado, disfrutado y adaptado al contexto subjetivo de experiencias, conocimientos y motivaciones de los sujetos. En este modelo se considera al receptor como un ente activo ya que también es un iniciador tanto en el sentido de dar origen a mensajes de retorno como en el sentido de realizar procesos de interpretación con un cierto grado de autonomía.

La presente investigación toma en cuenta la integración de los modelos anteriormente referidos, considerando la presencia de un emisor, receptor, feedback y las necesidades de los cuidadores (receptores) de los pacientes con Deterioro Cognitivo Leve. Tomando como referencia el enfoque Histórico-Cultural que asume nuestra escuela psicológica. Todo esto partiendo de las necesidades de los cuidadores en relación la información que necesitan para un adecuado manejo del paciente y su bienestar, por lo tanto se tiene en cuenta diversas características del mensaje para que a través del manual llegue con la mayor claridad posible a todos los cuidadores.

Capítulo II Marco Referencial Metodológico

Capítulo II. Diseño Metodológico

2.1 Concepción Metodológica

Según Hernández, Fernández y Baptista, (2006), pág. 755 “El enfoque Mixto es un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o una serie de investigaciones para responder a un planteamiento del problema” (Teddlie y Tashakkori, 2003, Creswell, 2005, Mertens, 2005, Williams, Unrau y Grinnell, 2005). Teddlie & Tashakkori (2003), definen el Enfoque Mixto como aquel que va más allá de la simple recolección de datos de diferentes modos sobre el mismo fenómeno, implica desde el planteamiento del problema mezclar la lógica inductiva y la deductiva, Citado en Hernández y cols, (2006).

El Enfoque Mixto ofrece varias ventajas o bondades como destaca Todd, Nerlich y McKeown (2004), los mismos plantean que con la misma se logra una perspectiva más precisa del fenómeno. Nuestra percepción de este es más integral, completa y holística. Además, si son empleados dos métodos, ambos con fortalezas y debilidades propias que llegan a los mismos resultados, esto incrementa nuestra confianza en que estos son una representación fiel de lo que ocurre en el fenómeno estudiado. Citado en Hernández y cols, (2006).

El mismo ayuda a clarificar y formular el planteamiento del problema, así como las formas más apropiadas para estudiar y teorizar los problemas de investigación (Brannen, 1992), la multiplicidad de observaciones que se producen en ese tipo de estudio produce datos más ricos y variados, puesto que se consideran diversas fuentes y tipos de datos, contextos o ambientes y análisis, se rompe con la investigación uniforme. Potencia a la vez la creatividad teórica con suficientes procedimientos críticos de valoración (Clarke, 2004). Este autor señala que sin alguno de estos elementos en la investigación, un estudio puede encontrar debilidades. Los modelos mixtos logran que exploremos mejor los datos Todd, Nerlich y McKeown, 2004, citado en Hernández y cols, (2006).

La utilización de dicho paradigma en la presente investigación, permite no excluir de la individualización y la generalización a un fenómeno que se pretende estudiar. En el proceso investigativo resulta bastante complejo dividir el carácter cuantificable y cualitativo del fenómeno que se estudia, y aunque resulte en el plano metodológico efectivo, en la práctica resulta difícil prescindir de alguno de estos. Por lo anterior se asume un enfoque de

Capítulo II. Diseño Metodológico

investigación Mixto, en el cual se utilizan diversas técnicas para la obtención de la información que requieren de ambos análisis.

2.2 Tipo de estudio

La investigación se desarrolla basada en un estudio esencialmente descriptivo “Los estudios descriptivos únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan las variables medidas” (Hernández y cols, 2006).

En la misma se evalúan diversos aspectos relacionados con el paciente y su cuidador, además de diferentes dimensiones o componentes de la información que requiere el mismo para la realización de la actividad de cuidado, tanto en relación al anciano, como sobre sí mismo, valorando además la forma de expresión del mensaje que se desea transmitir desde la perspectiva de los propios cuidadores y los profesionales.

2.3 Población y Muestra

La población está compuesta por todos aquellos ancianos diagnosticados con Deterioro Cognitivo Leve de la casa de abuelos # 2 del municipio Santa Clara. Una vez definida la población se eligieron mediante un muestreo no probabilístico e incidental, 13 cuidadores principales de ancianos con Deterioro Cognitivo Leve, de ellos 9 mujeres y 4 hombres, el color de la piel que prevalece es el blanco. El rango de edad oscila entre los 41 y 81 años, predominando los individuos entre 40 y 60. El nivel de escolaridad más representativo fue el universitario, seguido por el nivel medio. Esta muestra fue seleccionada teniendo en cuenta que “la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación y del proceso de toma de decisiones de una persona o grupo de personas”. (Hernández y cols, 2006, pág.241)

Capítulo II. Diseño Metodológico

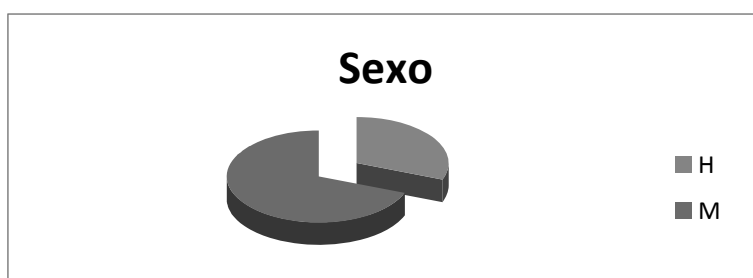


Fig. 1 Sexo del cuidador

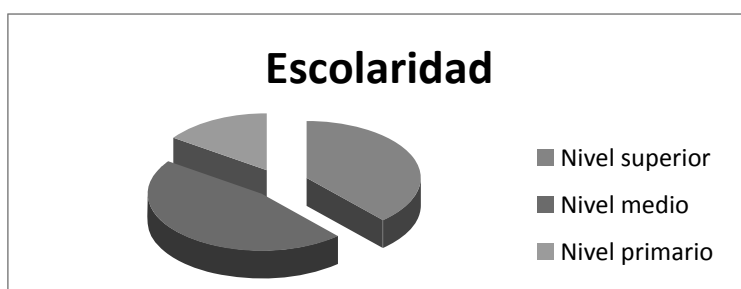


Fig. 2 Escolaridad del cuidador

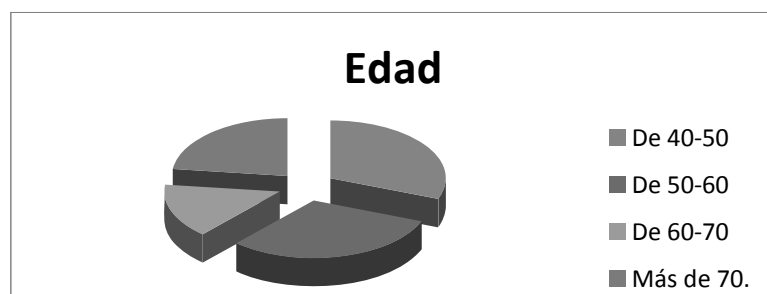


Fig. 3 Edad del cuidador

Para garantizar la adecuación, veracidad y fiabilidad de la información obtenida se realizó la selección de acuerdo con los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- Cuidadores principales de pacientes con Deterioro Cognitivo Leve de la Casa de Abuelos #2 del Municipio Santa Clara.
- Cuidadores que ofrezcan su consentimiento para participar y cooperar en la investigación.

Capítulo II. Diseño Metodológico

- Cuidadores con necesidades relacionadas con el cuidado de su familiar con DCL.

Criterios de Exclusión:

- Cuidadores que no deseen participar en la investigación.
- Cuidadores principales que no se encuentren aptos mentalmente.

2.4 Operacionalización de variables

- Deterioro Cognitivo Leve (DCL):

Entidad diagnóstica en el envejecimiento patológico, que se caracteriza por un “deterioro cognitivo que no cumple criterios suficientes para ser identificado como una demencia y que va acompañado de una relativa preservación de la independencia funcional en el desempeño de las actividades de la vida diaria. (Barroso y cols, 2009, pág. 113)

- Cuidador principal:

“...asume las tareas de cuidado básicas con las responsabilidades que ello acarrea y es percibida por los restantes miembros de la familia como el responsable de asumir el cuidado del enfermo, sin que generalmente haya llegado a desempeñar ese papel por un acuerdo explícito de la familia”. (Ory, Yee, Tennstedt, y Schulz, 2000, citado en López & Crespo, 2006, pág. 4)

- Intervención Familiar:

Dentro de los programas de intervención familiar que aparecen con más frecuencia se encuentran los programas psicoterapéuticos seguidos de los psicoeducativos. Los programas de respiro y los grupos de ayuda mutua son menos frecuentes, si bien en algunos casos se combinan con psicoeducación, con psicoterapia, o entre ellos. Asimismo, aparecen otros tipos de programas menos difundidos, como la tutorización o seguimiento de caso, la terapia familiar, de pareja, la activación de la memoria o la estimulación cognitiva del mayor.

A pesar de lo anterior resulta importante destacar que los manuales constituyen una de las estrategias interventivas de mayor efectividad y es por tanto la asumida en dicha investigación. Es la forma más eficaz empleada por los especialistas, para brindar ayuda a

Capítulo II. Diseño Metodológico

aquellos cuidadores de pacientes con Deterioro Cognitivo Leve que no gozan del tiempo necesario para participar en otras alternativas de intervención.

2.5 Métodos y técnicas utilizados en la investigación

Para el cumplimiento de los objetivos de la investigación se emplean como métodos y técnicas:

- **Revisión de documentos oficiales:** En dicha investigación fue revidado el Expediente Social o Historia Social de los ancianos de la Casa de Abuelos #2, con el objetivo de obtener un conocimiento general del paciente y su familia (Anexo 1).

Entrevista semiestructurada: “Se basa en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados (es decir, no todas las preguntas están predeterminadas)” (Citado en Hernández y cols, 2006 pág. 597). En la investigación se llevó a cabo la entrevista semiestructurada a la trabajadora social de la Casa de Abuelos # 2, en la cual se recogería información general en relación con los ancianos y cuidadores principales, siendo estos últimos la muestra con la que se trabajaría (Anexo 2). La entrevista semiestructurada a los cuidadores principales se lleva a cabo con el fin de presentar los objetivos y alcance de la investigación, obtener el consentimiento de los mismos para su participación en el estudio (Anexo 3), además de su utilización en la carcterización a la familia de los ancianos en relación a la actividad de cuidado (Anexo 5).

Por último se emplea dicha entrevista para detectar las necesidades de los cuidadores en relación al paciente y el propio cuidador (Anexo 6).

- **Entrevista estructurada:** en dicha entrevista “el entrevistador realiza su labor con base en una guía de preguntas específicas y se sujeta exclusivamente a ésta (el instrumento prescribe que ítems preguntarán y en qué orden)”, citado en (Hernández y cols, 2006 pág. 597). En la presente investigación se realiza la entrevista estructurada

Capítulo II. Diseño Metodológico

a los cuidadores con el objetivo de evaluar las variables sociodemográficas del cuidador principal del paciente con Deterioro Cognitivo Leve (Anexo 4).

- **Cuestionario:** “El cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir” (Hernández y cols, 2006, pág. 310). Se emplea en dicha investigación el cuestionario a profesionales para llegar a un consenso de opinión en la esfera del problema a resolver, a través de extraer o exponer sus intuiciones y experiencias (Anexo 9).

Para la aplicación del cuestionario se emplea como criterios de selección: 1 Máster en Longevidad Satisfactoria, 2 Máster en Psicología Médica, 1 Dra. En Ciencias psicológicas, 2 MGI y una Licenciada en Enfermería. De ellos, tres son profesores auxiliares y uno es profesor asistente, se tuvo en cuenta que estuvieran vinculados a la atención del anciano.

- **Coeficiente de Kendall:** Se evalúa el cuestionario a través de la técnica del paquete estadístico SPSS denominada Coeficiente de Kendall. Al decir del Dr. Lázaro Quintana Tápanes, la MsC Ing. Evis Diéguez Matellán y MsC Ing. Ana M. Pérez Vicente (2005), todos pertenecientes al departamento de Ingeniería Industrial de la Universidad de Matanzas, ésta se basa fundamentalmente en la unión de criterios de un grupo conocedores de la problemática tratada, de manera que cada integrante del panel vaya ponderado según el orden de importancia que cada cual entienda a criterio propio y así determinar la nomenclatura de las características o causas en cuestión; determinándose finalmente un valor que posibilita decidir el nivel de concordancia que existe entre los criterios emitidos por los jueces. En relación con lo planteado por dichos autores se decidió la aplicación de la prueba ya que es uno de los mejores métodos utilizados cuando los profesionales trabajan la misma especialidad y se aplica siguiendo un proceso iterativo, de aproximaciones sucesivas. De acuerdo con este método, se trata de perfeccionar el enfoque colectivo, mediante la crítica recíproca de las opiniones de los especialistas pero de forma aislada, sin contacto entre ellos y manteniendo el anonimato de las opiniones o argumentaciones al defender las ideas.

Capítulo II. Diseño Metodológico

Según S. Siegel 1974, citado en Zayas, (2011) esta prueba determina un valor denominado W o coeficiente de concordancia, el cual oscila entre 0 y 1, donde 1 significa una concordancia total y 0 un desacuerdo total, si $W \geq 0.5$, se puede afirmar que existe concordancia de criterios entre todos los miembros que conforman el panel de especialistas, por lo que el estudio realizado es confiable. (Anexo 10)

2.6 Procedimientos

La presente investigación transcurrió por 4 etapas de trabajo, una primera de ellas que se basó en la indagación en los presupuestos teóricos de la temática abordada, a través de la revisión bibliográfica donde se examinaron diversas fuentes que corresponden a artículos en Internet, revistas y otros tipos de medios de información que propiciaron un conocimiento general del tema a tratar.

En la segunda etapa de la investigación se procedió a la aplicación de la entrevista semiestructurada a la trabajadora social de la casa de abuelos # 2, con los objetivos de obtener información general de los ancianos y familiares objetos de exploración, además de conocer los requisitos de funcionamiento de dicha casa de abuelos, luego de explicar formalmente en qué consistiría el estudio.

Seguido se definen los objetivos a seguir, el problema de investigación y la metodología a utilizar, se consideró trabajar con una muestra constituida por 13 sujetos -tabla # 8 (anexo 7)-, correspondientes a los cuidadores principales de los ancianos de la casa de abuelos # 2, la cual reside en el municipio de Santa Clara, seguido de la revisión de la Historia Social de los ancianos -tabla # 9 (anexo 8)-, cuyo objetivo consiste de extraer datos generales de estos pacientes y su familia.

Posteriormente se solicitó el consentimiento informado de los cuidadores que formarían parte de la investigación, a través de la entrevista semiestructurada #1 al cuidador principal, cuyo objetivo consiste en informar los aportes que el estudio podría brindar, contribuyendo a la estimulación integral del paciente, bienestar de los cuidadores, mejoría y se aseguró el compromiso ético de respetar la identidad en el manejo de la información. La entrevista

Capítulo II. Diseño Metodológico

culminó con el establecimiento del contrato entre investigador y sujetos de investigación, en caso de ser positivo el consentimiento.

Es importante destacar en relación a los procedimientos, que el número de sesiones fue determinado en dependencia del sujeto a explorar, sus capacidades, posibilidades de cooperación, en resumen, sus características. Así se planificaron un total de 3 sesiones de trabajo para los cuidadores, con un tiempo máximo de 35 minutos.

Luego se aplicó la entrevista estructurada a los cuidadores de los pacientes con Deterioro Cognitivo Leve, con el objetivo de caracterizar las variables sociodemográficas de los mismos. Con la intención de adentrarnos en el funcionamiento familiar: relación existente cuidador- paciente que pudieran estar interfiriendo en la salud de ambos, se realizó la entrevista semi-estructurada a los primeros. En esta etapa investigativa se finaliza con el diagnóstico de necesidades del cuidador principal a través de la entrevista semiestructurada # 3 al cuidador.

En la tercera etapa del estudio se procede a la elaboración del manual con el objetivo de orientar al cuidador principal del paciente con DCL. Dicho Manual consta de 3 folletos. El folleto #1 orientado a responder preguntas que frecuentemente aparecen en la etapa de la vejez, el folleto # 2 abarca los conocimientos generales de la enfermedad, seguidamente el folleto #3 orientado especialmente a la figura del cuidador principal, donde se brindan conocimientos sobre la psicoestimulación y cómo la familia juega un papel importante en ella, además de ofrecer información relacionada con la salud del cuidador y cómo atenuar aquellas manifestaciones negativas propias de la actividad de cuidado.

En la cuarta etapa se lleva a cabo la valoración del manual según el criterio de especialistas a través de un cuestionario, método que fue seleccionado en la investigación ya que permite obtener realmente la experiencia y sabiduría de un grupo de personas (profesionales), no sujetos a restricciones ni censuras de ningún tipo. Posibilita además, un determinado sistema de medición que puede ser complementado con aquellas apreciaciones de los especialistas. El cuestionario se elaboró a través de temas que estaban incluidos en el manual donde los profesionales debían enumerar en una escala del 1 al 3 aquellos que

Capítulo II. Diseño Metodológico

debían estar incluidos en el mismo por su importancia, por lo que consta de 26 temáticas o indicadores.

Este método fue evaluado a través de la técnica del paquete estadístico SPSS denominada Coeficiente de Kendall, el cual consiste en determinar un valor denominado W o coeficiente de concordancia, el cual oscila entre 0 y 1, donde 1 significa una concordancia total y 0 un desacuerdo total, si $W \geq 0.5$, se puede afirmar que existe concordancia de criterios entre todos los miembros que conforman el panel de especialistas, por lo que el estudio realizado es confiable.

Criterios de inclusión de profesionales

Tabla 1

Profesionales	Años de experiencia	Grado Científico	Institución donde labora
1	10	Licenciada en enfermería	Hogar de ancianos # 4
2	30	Máster en Longevidad satisfactoria	Hospital Prov. Docente Arnaldo Milián Castro
3	9	Especialista en primer gradado	Hospital Prov. Docente Arnaldo Milián Castro
4	27	Dra. en Ciencias Psicológicas	UCLV Marta Abreu de las Villas. Facultad de Psicología.
5	18	Máster en atención al enfermo. Especialidad: MGI	Hogar de ancianos # 4
6	25	Máster en Psicología Médica	Hospital Docente Gineco-Obstétrico Provincial "Mariana Grajales".
7	29 años	Máster en Psicología Médica	Hospital Prov. Docente Arnaldo Milián Castro

Capítulo III Presentación y Análisis de los Resultados

Presentación y Análisis de los Resultados

Primeramente se exponen los resultados de la entrevista a la trabajadora social de la Casa de Abuelos # 2 y la revisión del expediente social del anciano, unido al Análisis de casos, el cual incluye el contenido de las sesiones de trabajo vinculadas al cuidador (caracterización de la familia del paciente en relación cuidador- anciano, tareas del mismo, su desempeño). Posterior a esto se presenta la valoración estadística de las variables sociodemográficas del cuidador principal, así como las necesidades detectadas desde la perspectiva cuidador-paciente en relación a su actividad. Más tarde se exponen los resultados del cuestionario a los profesionales, finalizándose este apartado con las conclusiones parciales de la investigación.

3.1 Resultados de la entrevista semiestructurada a la Trabajadora Social

En la presente entrevista se define los objetivos y alcance de la investigación, enfatizándose en la importancia de ayuda profesional a cuidadores. Se indaga en aspectos relacionados con los requisitos de la institución, relación existente entre los anciano y sus familiares en especial la persona encargada del cuidado del longevo, en esencia: relación institución – anciano, apoyo familiar y tiempo del paciente en la institución. Para ingresar en la institución deben existir determinados requisitos dentro de los que se encuentran: anciano con familiar que trabaja, anciano con rechazo familiar, anciano sin familia. Existen familiares que se preocupan por los longevos, mientras que otros no lo hacen, en especial aquellos que son cuidados por parientes no cercanos. Los ancianos en la institución reciben una alimentación adecuada además del chequeo médico el cual se realiza semanalmente, la institución cuenta con un personal médico que incluye enfermeras, MGI, Trabajadora Social, Lic. Cultura Física, y encargados de la limpieza y alimentación los cuales trabajan en función del bienestar del anciano.

Resultados de la revisión del expediente social del anciano

Paciente del sexo M, jubilado que cobra \$200.00 al mes. Convive con su sobrina la cual es trabajadora civil del MININT. Las condiciones de la vivienda son regulares. Las relaciones con su familia son adecuadas. El paciente no padece de ninguna enfermedad crónica. Ingresa al Círculo de abuelos por ser anciano con familiar que trabaja, hace 4 años y 5 meses. Paciente diagnosticado con Deterioro Cognitivo Leve.

Presentación y Análisis de los Resultados

Caso # 1

Datos generales del cuidador # 1

Cuidadora del sexo F, 53 años de edad. Convive con el paciente hace 7 años, la misma no es familiar del anciano pero es la única persona que se encarga del mismo. Posee 9 grado. Padece de Hipertensión Arterial, Diabetes y Asma Grado III, bajo prescripción médica de Captopril, Glibencamida. Cuidadora que refiere que en ninguna ocasión ha recibido ayuda profesional para el trato con el paciente y nunca antes había cuidado de nadie. Trabajadora del MININT, el ingreso económico del hogar es de \$225.00 la cuidadora y \$ 200.00 de la jubilación del paciente.

Resultados de Entrevista semiestructurada al cuidador del paciente con DCL

En la anterior entrevista con la cuidadora principal se pudo evidenciar que la misma convive sola con el anciano, refiere que las relaciones entre ellos son buenas aunque a veces existen malos entendidos entre ambos, pues tiene que estar constantemente presionando al anciano para que se asee y realice alguna que otra actividad. Refiere que es la encargada de elaborar la comida, se preocupa por el plan de medicamentos del mismo, los arreglos de la casa y el aseo de la misma le corresponden a ella, sin ayuda de otra persona. En su tiempo libre la cuidadora conversa con sus vecinos, refiriendo que no tiene mucho tiempo para distraerse por la alta carga de trabajo. El ingreso económico del hogar es de \$225.00 la cuidadora y \$200.00 el paciente. *“El es berrinchoso conmigo pero él sabe que yo soy la única persona que tiene, yo siento lástima por él porque a veces me doy cuenta que se siente solo”.*

Entrevista de necesidades # 1 al cuidador con respecto a su desempeño

En dicha entrevista la cuidadora refiere sentirse con un adecuado estado de ánimo, afirma que hay días que se siente bien, aunque a veces no sucede así, debido a factores relacionados con la salud.

“hay días malos porque me baja la azúcar pero yo me levanto y me siento después mejor, yo soy una persona muy conversadora y no soy de las que me pongo triste fácilmente, aunque no tengo mucho tiempo para hacerlo, porque trabajo mucho y llego a la casa y tengo que

Presentación y Análisis de los Resultados

hacer las cosas de aquí también”. “El no da mucho que hacer pero tengo que presionarlo para que se bañe y para que haga algo porque llega se sienta y no quiere hacer nada”. “el tiene 2 sobrinas, ninguna de las 2 se ocupan de él, pero a mí eso no me preocupa porque yo se lo hago todo y no me pesa”. “Nunca había oído hablar del deterioro cognitivo, ni sabía que padecía de eso”.

Interpretaciones

En dicha entrevista se pudo constatar que dentro de las necesidades fundamentales de la cuidadora se aprecia la necesidad de salud para un mejor cuidado y atención del anciano. Además se pudo evidenciar como necesidad focalizada en el paciente desconocimiento acerca del término, lo cual frena y obstaculiza la potenciación del mismo, desconociendo que el adulto mayor presenta dicho diagnóstico.

Resultados de la revisión del expediente social del anciano

Paciente del sexo F, pensionada que cobra \$200.00 al mes. Paciente que tiene 6 hijos, 2 de ellos fallecidos, vive sola, su hijo que es su cuidador principal vive al lado de su casa. Paciente que presenta Diabetes e Hipertensión Arterial, mantiene buenas relaciones con sus hijos y demás familiares. Ingresa al Círculo de abuelos por ser anciano con familiar que trabaja, hace 4 años y 5 meses. Paciente diagnosticado con Deterioro Cognitivo Leve.

Caso # 2

Datos del cuidador # 2

Cuidador de sexo M, 59 años, el mismo es trabajador por cuenta propia, universitario. Actualmente no padece de ninguna enfermedad, es hijo de la anciana y convive al lado de la misma. Asume el cuidado de la paciente tras la muerte de su hermano, que era el encargado de dicha actividad, no realizando esta tarea anteriormente. No recibe ayuda profesional para el cuidado de la anciana ni de ningún otro familiar, refiriendo que se siente cansado físicamente por las largas horas de trabajo. El ingreso económico en el hogar es bueno, además de las condiciones de vida del mismo.

Presentación y Análisis de los Resultados

Resultados de Entrevista semiestructurada al cuidador del paciente con DCL

En la presente entrevista el cuidador principal refiere que vive al lado de la anciana y es el encargado de pagar para el aseo, busca los mandados, se ocupa de los asuntos médicos de la paciente etc. No recibe ayuda de ningún familiar, refiere tener varias hermanas que por su sobrecarga de tareas no asumen ninguna responsabilidad en el cuidado de su madre, aún así las relaciones entre los miembros de la familia son buenas existiendo respeto entre ellos, *“nosotros siempre nos hemos respetado”*. Refiere que se siente cansado físicamente por las largas horas de trabajo, que no le pesan pues disfruta del mismo. El cuidador asegura que él pudiera hacer más por su madre, pero la carga de trabajo que presenta lo imposibilita, refiere que las hermanas tampoco se encargan lo suficientemente de la misma y que todos en la familia podrían hacer más por la anciana, *“yo debiera ir a darle más vueltas y preocuparme más por ella y mis hermanas también, pero imagínese todos tenemos nuestros problemas, aunque es verdad, eso no quita que nos preocupemos más por ella”*.

Entrevista de necesidades # 1 al cuidador con respecto a su desempeño

“... es el deterioro de la memoria, aparece la enfermedad de Alzheimer, demencias por el desgaste de la mente, para evitarlo se realizan ejercicios como leer libros, documentos, contar al revés”. *“No sabía que mami tenía esa enfermedad, yo tampoco tengo mucho tiempo para atenderla, ni para ayudarla en ese sentido, porque tengo mucho trabajo, y tengo que atender mi casa además, yo quisiera hacer más por ella, pero ya le digo el trabajo que tengo es mucho y si por lo menos tuviera la ayuda de mis hermanas fuera mejor”* *“...ella no hace nada en la casa, se sienta ve al televisor”* *“.....Yo no sé qué hacer porque nunca ha tenido orientación de ningún especialista para cuidarla bien...”*

Interpretaciones

Se reconoce que el cuidador posee algún conocimiento de la enfermedad y de la psicoestimulación, se percibe un manejo negativo por parte de la familia en cuanto al poco tiempo que la misma le emplea a la anciana, se evidencia además necesidades económicas, de apoyo familiar y asistencial.

Presentación y Análisis de los Resultados

Resultados de la revisión del expediente social del anciano

Paciente del sexo F, no recibe ayuda económica, solo la ayuda de sus 2 hijos. Uno de ellos es agregado mientras que el otro vive al lado de su casa. Paciente con antecedentes de accidente cerebrovascular ambulatorio, tumoración en el útero, lo cual le produce sangrado vaginal. Ingresa al Círculo de abuelos por ser anciano con familiar que trabaja hace 4 años y 5 meses. Paciente diagnosticado con Deterioro Cognitivo Leve.

Caso # 3

Datos del cuidador # 3

Cuidador de 62 años, del sexo M. Es hijo de la paciente, trabaja en Educación, cumpliendo la función de Administrador, posee 12 grado de escolaridad. El mismo es Hipertenso, para lo cual está bajo tratamiento de Captopril. Refiere sentirse en ocasiones bien aunque en otras no ocurre así, debido a factores relacionados con su salud (dolores fuertes de cabeza que no lo deja dormir) lo cual lo hace sentirse deprimido. En el hogar la entrada económica consiste en el salario de su esposa y del cuidador, puesto que la anciana no cobra pensión ni retiro. Actualmente en el hogar conviven ellos tres y una nieta. El cuidador refiere que las relaciones en el hogar son buenas que la anciana es muy tolerante y se ocupa de algunas tareas sencillas en el hogar, y el tiempo que se encuentra en la casa de abuelos es más largo que el que pasa en su hogar. Recibe la ayuda de su esposa en relación al cuidado de la misma, no ha cuidado de ninguna otra persona con anterioridad, ni ha recibido ayuda profesional. Cuidador que refieren tener poco tiempo libre y cuando lo tiene se dedica a conversar, ver la televisión fundamentalmente.

Resultados de Entrevista semiestructurada al cuidador del paciente con DCL

En la presente entrevista el cuidador refiere que las relaciones en el hogar son buenas, que la anciana es muy tolerante y se ocupa de algunas tareas sencillas. Refiere que él es el encargado de su cuidado, aunque recibe la ayuda de su esposa, que en lo relacionado con las tareas del hogar tiene más peso. Cuidador que refieren tener poco tiempo libre y lo dedica conversar y observar la televisión fundamentalmente.

Presentación y Análisis de los Resultados

Entrevista de necesidades # 1 al cuidador con respecto a su desempeño

... “no sé que es eso de Deterioro Cognitivo Leve, no sabía que ella tenía eso”.Yo casi no puedo dedicarme a ella por el trabajo, mi esposa me ayuda mucho pero también trabaja y cuando llega a la casa se pone a cocinar y preparar el agua para bañarse, yo quisiera sentirme mejor para ayudarla más pero con estos dolores de cabeza que me están dando casi no duermo por las noches y por el día me lo paso mal”.

Interpretaciones

En dicha entrevista se pudo apreciar como necesidades fundamentales la necesidad de de salud para un mejor cuidado y atención del paciente. Además se puede evidenciar el desconocimiento de la enfermedad y de información acerca de la psicoestimulación así como habilidades para el manejo del paciente, lo cual frena y obstaculiza la potenciación del mismo, desconociendo además el diagnóstico de la anciana.

Resultados de la revisión del expediente social del anciano

Paciente del sexo M, jubilado que cobra \$242.00 al mes, tiene 4 hijos, actualmente convive con dos de ellos. Las relaciones entre los miembros de la familia son buenas. Presenta buenas condiciones económicas. El paciente no padece de ninguna patología crónica. Ingresa al Círculo de abuelos por ser anciano con familiar que trabaja, hace 4 años, 1 mes y 24 días. Paciente diagnosticado con Deterioro Cognitivo Leve.

Caso # 4

Datos generales del cuidador # 4

Cuidadora de sexo F, 48 años de edad, ama de casa, hija del paciente. Convive con su esposo e hijo, además de su padre. La misma es técnico medio en OTS. Padece de Asma Bronquial, para lo cual en cada crisis utiliza el Salbutamol. Paciente que refiere que hace 14 años cuida de su padre, anteriormente se dedicaba al cuidado de su madre que fallece después de 14 años. Refiere que no ha tenido preparación ni ayuda profesional mientras ha cuidado de ambos. Refiere que las relaciones entre los miembros en la familia son muy buenas, la paciente comenta tener un estado de ánimo adecuado, aunque a veces se siente

Presentación y Análisis de los Resultados

cansada por la carga de trabajo, no recibiendo ayuda de ningún otro familiar en relación a su padre. En su tiempo libre refiere que asiste a la iglesia. Los ingresos económicos del hogar consisten en el salario del paciente y el de su esposo.

Resultados de Entrevista semiestructurada al cuidador del paciente con DCL

En la presente entrevista con la cuidadora principal, se evidencia que la misma se ha dedicado fundamentalmente al cuidado de sus padres, anteriormente atendía de su madre la cual fallece después de 14 años bajo su cuidado. Refiere que no tuvo preparación ni ayuda profesional mientras cuidaba a la misma, ni la ha tenido con su padre. Refiere que las relaciones entre los miembros en la familia son muy buenas, la paciente comenta tener un estado de ánimo adecuado, aunque a veces se siente cansada por la alta carga de trabajo. *“yo desde joven ha cuidado de él y de mi madre que ya falleció después de 14 años que tuve que cuidarla y dedicarme a ella porque estaba encamada, y ahora a mi padre que se le olvida todo y tengo que estar arriba de él pero no es una carga para mí porque él todavía puede hacerse sus cosas y se vale por él”.*

Entrevista de necesidades # 1 al cuidador con respecto a su desempeño

... “no sé que es eso, yo no me siento mal por cuidar de mi padre, yo se que esa es mi obligación como hija, lo que pasa es que a veces cuando caigo con una crisis de asma no puedo atenderlo yo aquí soy la que se lo hago todo y eso es un problema porque hay que estar arriba de él, porque en ocasiones tiende a confundir los medicamentos”.

Interpretaciones

En relación a las necesidades focalizadas en el cuidador, en dicha entrevista se pudo apreciar fundamentalmente la necesidad de salud para un mejor cuidado y atención del anciano, además del apoyo familiar. Como necesidad centrada en el paciente se evidencia el desconocimiento de la enfermedad y de información acerca de la psicoestimulación así como habilidades para un mejor manejo del anciano, lo cual frena y obstaculiza la potenciación del mismo.

Presentación y Análisis de los Resultados

Resultados de la revisión del expediente social del anciano

Paciente del sexo F, jubilada que cobra \$200.00 al mes. La misma tiene 2 hijas, una de ellas convive con la paciente y su esposo y la otra en Estados Unidos. Las relaciones familiares son inadecuadas, paciente que presenta conflictos con su yerno, mientras que con las hijas mantiene buenas relaciones. Presenta buenas condiciones económicas. Paciente que no padece ninguna patología crónica. Ingresa al Círculo de abuelos por ser anciano con familiar que trabaja, hace 4 años, 1 mes y 22 días, diagnosticada con Deterioro Cognitivo Leve.

Caso # 5

Datos generales del cuidador # 5

Cuidador de sexo F, 66 años de edad. Es hija de la paciente, jubilada del Politécnico de la Salud, universitaria. Los ingresos económicos en la casa son las 3 jubilaciones de los miembros de la familia y la ayuda económica que reciben de E.U. En el hogar actualmente convive la misma, su esposo y la anciana. Cuidadora que es Hipertensa por lo cual está bajo prescripción médica de Atenolol. Anteriormente nunca había cuidado de otro anciano, ni ha recibido ayuda profesional para el cuidado del paciente, ni de otro familiar. Refiere que la anciana está poco tiempo en el hogar, puesto que la misma pasa el mayor tiempo en la casa de abuelos y los fines de semana sale a visitar a sus hermanas.

Resultados de Entrevista semiestructurada al cuidador del paciente con DCL

En la presente entrevista la cuidadora refiere que existen conflictos entre los miembros de la familia, la anciana no deja que nadie la ayude en ninguna de las tareas, se comunica inadecuadamente con su cuñado, siendo agresiva con el mismo, el cual convive con ella hace ya 43 años. Refiere dicha cuidadora que su estado de ánimo es adecuado mientras que la anciana no está en casa, no siendo así cuando están todos juntos en el hogar *“cada vez que ella me menciona a mi esposo yo enseguida la paro porque ella enseguida va a buscar problemas y hablar mal de él”*. Refiere que han tomado como alternativa a los conflictos ignorarla *“ella le ha dicho hasta descarado a mi esposo pero él lo que hace es ignorarla”* Cuidadora que en su tiempo libre ve novelas o sale a visitar a su hija.

Presentación y Análisis de los Resultados

Entrevista de necesidades # 1 al cuidador con respecto a su desempeño

... “he oído hablar de algo así pero no tengo mucha información acerca de esa enfermedad”, no sé cómo se podría estimular aunque lo que más me preocupa de ella es que trata muy mal a mi esposo y eso siempre ha sido así, ella se lava sus cosas, tiende su cama, pero lo que es la comida se la preparo yo”. “No sé si la enfermedad produce esa agresividad porque ella no es fácil agrede a mi esposo, ahora ha cogido con hablarle mal de él a todo el mundo en la cuadra, lo que ya nadie le hace caso porque todo el mundo la conoce”. “Hemos tenido que esconderle sus alimentos porque los vende y la situación aquí es bien difícil, porque imagínese ya no se puede confiar en ella, todo hay que tenerlo bajo llave” “... apoyo de nadie, eso me toca a mi sola, lo bueno es que tenemos la ayuda de la casa de abuelos y que allá pasa más tiempo que aquí en la casa”.

Interpretaciones

Con respecto a las necesidades del cuidador focalizadas en el paciente se puede evidenciar el desconocimiento de la enfermedad y de información acerca de la estimulación, así como habilidades para un mejor manejo de la anciana, lo cual frena y obstaculiza la potenciación de la misma y agrava su situación. Se observa la demanda de ayuda especializada para el manejo de la situación familiar, además de la ayuda familiar

Resultados de la revisión del expediente social del anciano

Paciente del sexo M, jubilado que cobra \$300.00 al mes y chequera de \$225.00 por ser combatiente de la revolución. Convive con 1 hija, yerno y nieto. Las relaciones con su hija son deficientes, puesto que la misma no le permite estar en la casa mientras ella no está. El mismo se encuentra en una posición de hacinamiento durmiendo en la sala con su nieto. Las relaciones del paciente con su yerno no son adecuadas. Ingresa al Círculo de abuelos por ser anciano con rechazo familiar, hace 3 años y 11 meses. Paciente diagnosticado con Deterioro Cognitivo Leve.

Presentación y Análisis de los Resultados

Caso # 6

Datos generales del cuidador # 6

Cuidadora de sexo F, 46 años de edad, 12 grado de escolaridad, es hija del anciano. Paciente oncológica operada en el 2007 de cáncer de mamas, actualmente es tratada con quimioterapia. No ha recibido ayuda profesional para el cuidado del anciano, convive con su esposo, hijo y paciente. Recibe la ayuda de su cónyuge, el cual realiza en el hogar algunas labores en conjunto con la cuidadora. Refiere se siente deprimida producto de su enfermedad y tratamiento. La misma tiene un hijo de 14 años, asmático grado III. Refiere que las relaciones en el hogar son adecuadas, existe afecto entre los miembros de la familia, refiere que no es un peso para ella el cuidado de su padre, puesto que el mismo la ayuda en algunas tareas del hogar, y lo asume como un deber, nunca antes había cuidado de ninguna otra persona. Los ingresos en el hogar corresponden al salario de cuidadora, el de su esposo y la jubilación del paciente.

Resultados de Entrevista semiestructurada al cuidador del paciente con DCL

Refiere en dicha entrevista la cuidadora principal que su padre no presenta las condiciones de vida que un anciano debe poseer, ella por su condición cuida del mismo aunque no puede atenderlo del todo por su situación de salud, aunque las relaciones entre ambos son buenas, el anciano le brinda ayuda, pues aún se mantiene ágil y puede valerse por sí solo. *“.... mi papá está todavía fuerte y él me ayuda a cargar el agua, y me hace algunos mandados”,... “yo a veces llego muy cansada del trabajo, y mi esposo y él me ayudan en lo que haga falta”.*

Entrevista de necesidades # 1 al cuidador con respecto a su desempeño

“No se que es el Deterioro Cognitivo Leve, ni sabía que mi papá tenía ese diagnóstico, no había oído hablar de eso nunca”. “La situación con mi papá es difícil, me da mucha pena con él porque en la casa no tenemos condiciones para cuidar de él, no tiene cama, duerme en el piso, nosotros vivimos en un apartamento en un cuarto piso y como yo no puedo hacer fuerza muchas veces tiene él que ir a cargarme agua”, “me da lástima porque con mi

Presentación y Análisis de los Resultados

enfermedad no tengo tiempo para ocuparme de él y muchas veces él me ve triste". "En mi tiempo libre salimos juntos al parque y allí bailamos y nos reímos".

Interpretaciones

Con respecto a las necesidades del cuidador focalizadas en el paciente se puede evidenciar el desconocimiento de la enfermedad y de información acerca de la psicoestimulación. Las necesidades vinculadas al cuidador conforman la ayuda asistencial fundamentalmente, así como la carencia de salud en la cuidadora, lo cual frena y obstaculiza la potenciación del anciano.

Resultados de la revisión del expediente social del anciano

Paciente del sexo F, jubilada que cobra \$200.00 al mes. Convive con su hijo, nuera y nieto. La misma tiene 4 hijos. Las relaciones entre los miembros de la familia son adecuadas, la familia es muy preocupada por la paciente. Presenta Hipertensión Arterial, además de ser epiléptica y migrañosa. Su nuera es su cuidadora principal. Ingresa al Círculo de abuelos por ser anciano con familiar que trabaja, hace 3 años y 10 meses. Paciente diagnosticado con Deterioro Cognitivo Leve.

Caso # 7

Datos generales del cuidador # 7

Cuidadora de sexo F, 42 años de edad, ama de casa, es nuera de la paciente. Licenciada en Círculo Infantil, lleva 3 años al cuidado de la anciana y de 9 niños. Padece de alergia, administrándole medicamentos para la misma. Los ingresos en el hogar consisten en la pensión de la anciana, el salario del esposo y su salario como cuidadora de infantes. Refiere que la anciana tiene 4 hijos que se ocupan de la paciente y la ayudan en su cuidado. Refiere tener un adecuado estado de ánimo, aunque a veces se siente sobrecargada de tareas. No ha recibido ayuda profesional, ni anteriormente había cuidado de otra persona. Refiere no tiene tiempo libre para descansar.

Presentación y Análisis de los Resultados

Resultados de Entrevista semiestructurada al cuidador del paciente con DCL

En la entrevista semiestructurada realizada a la cuidadora, la misma refiere que las relaciones en el hogar son regulares, se siente sobrecargada de tareas, no recibe ayuda de su esposo, pues el mismo trabaja en la Empresa Eléctrica y siempre se encuentra fuera de la provincia, por lo que todo lo relaciones con el hogar le corresponde a ella. En casa el que toma las decisiones es su esposo, refiriendo que entre ellos no es adecuada la comunicación, *“él constantemente me está sacando en cara que esta casa no es mía se molesta por todo al igual que mis hijos, yo le voy a decir algo y ellos enseguida se ponen bravos”*. Cuidadora que prefiere quedarse callada antes de tener problemas con su esposo. La anciana realiza tareas en el hogar como el lavado de su ropa, refiriendo dicha cuidadora que ella trata de ayudarla y orientarla pero no se entromete en cuestiones que le pueda molestar a la anciana para así evitar problemas en la relación a su esposo.

Entrevista de necesidades # 1 al cuidador con respecto a su desempeño

“...me parece que el deterioro cognitivo tiene que ver con el deterioro del cerebro, la memoria, pero no conozco que ejercicios se pueden utilizar para estimular a los pacientes”. “... me siento muy sobrecargada, porque como vez, cuido de muchos niños y cuando ellos se van me la paso recogiendo la casa, preparando la comida, y no tengo tiempo caso para atenderla, la ayudo en lo relacionado con los medicamentos, le preparo la comida, porque ella es epiléptica y no puede estar en el fogón....”, lo bueno es que tengo la ayuda de sus 2 hijas que se la llevan los fines de semana, y cuando se enferma ellas la llevan al médico...”

Interpretaciones

Con respecto a las necesidades del cuidador focalizadas en el paciente se puede evidenciar el desconocimiento de la enfermedad como sus características, evolución, psicoestimulación, etc. Las necesidades vinculadas al cuidador conforman la ayuda familiar y asistencial, así como la carencia de tiempo por parte de la cuidadora para un manejo adecuado de la paciente, lo cual frena y obstaculiza la potenciación de la anciana.

Presentación y Análisis de los Resultados

Resultados de la revisión del expediente social del anciano

Paciente del sexo M, jubilado que cobra \$200.00 al mes. Convive con su sobrino y la esposa del mismo. Las relaciones interfamiliares son inadecuadas por la existencia de conflictos entre los miembros de la familia. El paciente no tiene hijos, existiendo poca atención por parte de la familia hacia el paciente. Padece de Hipertensión Arterial, Diabetes. Paciente que es Militante Comunista. Ingresa al Círculo de abuelos por ser anciano con rechazo familiar, hace 3 años y 10 meses. Paciente diagnosticado con Deterioro Cognitivo Leve.

Caso # 8

Datos generales del cuidador # 8

Cuidadora de sexo F, 72 años de edad, jubilada. La misma es nuera del paciente. La misma posee 6 grado, padece de Hipotiroidismo, Hipertensión Arterial, Ernia Discal y se encuentra bajo prescripción médica de Metroclopramida, Clortalidona. Los ingresos económicos al hogar son de las jubilaciones del sobrino y anciano. Cuidadora que refiere sentirse deprimida debido a la situación económica que presenta, no tiene hijos propios pero cuida del hijo de una amiga. Anteriormente atendía 4 tíos y a su madre que fallece de cáncer. Nunca ha recibido ayuda profesional ni familiar, refiere que en su tiempo libre observa la televisión.

Resultados de Entrevista semiestructurada al cuidador del paciente con DCL

En la entrevista semiestructurada con la cuidadora principal se apreció que la misma realiza sola las labores del hogar, refiere además que siente sobrecargada de tareas. Asume que la comunicación con el paciente es escasa, que el mismo se caracteriza por ser un individuo con pocas habilidades comunicativas. Las relaciones entre ambos son inadecuadas refiriendo que el paciente siempre está molesto porque la alimentación no se elabora a tiempo, lo cual molesta a ambos y dificulta la convivencia. En la casa el anciano no realiza ninguna actividad que pueda mantenerlo activo. *“el llega se sienta a ver la televisión y no hace más nada lo único es agitarme con la comida y se molesta porque yo no la hago temprano”*.

Presentación y Análisis de los Resultados

Entrevista de necesidades # 1 al cuidador con respecto a su desempeño

“Yo me siento muy mal, en la casa no paro de trabajar, yo estoy enferma, me siento las piernas flojas, el tiempo no me alcanza, él se pone bravo conmigo porque quiere que yo le haga temprano la comida, pero no puedo porque después viene mi esposo y se la tiene que comer fría”, “...a veces me deprimó por la situación económica que nosotros tenemos, nosotros no tenemos hijos que nos ayuden” “... cuando hay un poco más de dinero me siento mejor”. “No sé que es el deterioro cognitivo, ni nunca había oído hablar de eso....” “Yo no tengo tiempo para hacerme cargo de él, imagínese a veces me da pena con porque tiene que ir solo al médico, él tampoco tiene a más nadie, nunca pudo tener hijos”.

Interpretaciones

Con respecto a las necesidades del cuidador focalizadas en el paciente y en el propio cuidador se puede evidenciar el desconocimiento de la enfermedad como sus características, evolución, psicoestimulación etc. Se puede apreciar que la situación de salud de la cuidadora no es óptimo para realizar la actividad de cuidado del anciano, así como por la sobrecarga de roles que posee la misma, lo cual frena y obstaculiza la estimulación del anciano. Se evidencia por tanto necesidad de apoyo asistencial y familiar.

Resultados de la revisión del expediente social del anciano

Paciente del sexo M, jubilado que cobra \$270.00 al mes. Presenta como antecedentes de salud una hemiplejía por lo que deambula con un bastón debido a un accidente vascular, además de padecer Hipertensión Arterial. Paciente que no tiene hijos y convive con una hermana de 81 años. Mantiene con la misma excelente relaciones. Ingresa al Círculo de abuelos por ser anciano con familia anciana y enferma, hace 3 años y 10 meses. Paciente diagnosticado con Deterioro Cognitivo Leve.

Caso # 9

Datos generales del cuidador # 9

Cuidadora de sexo F, 81 años, ama de casa, hermana del anciano. Cursó hasta el 8vo grado, hace 6 años que cuida al paciente. Le dedicó toda su vida al cuidado de su padre,

Presentación y Análisis de los Resultados

madre y 4 hermanos, todos ellos fallecidos. No tiene hijos, ni ningún otro familiar. Nunca ha recibido ayuda profesional para el cuidado de sus familiares, es hipertensa, cardiópata y padece además de artritis. Actualmente la ayuda económica que recibía por seguridad social le fue eliminada. Paciente que refiere sentirse sobrecargada, con dolor en las piernas, siente decaimiento y refiere que existen días en los que se siente deprimida. Refiere que la depresión es causada por su situación de duelo, anteriormente era visitada por sus hermanos todos los días y con los años se ha quedado con el último de ellos. Paciente bajo prescripción médica de Atenolol, Nitrazepán, refiriendo que durante el día toma infusiones calmantes. En su tiempo libre visita a sus amistades.

Resultados de Entrevista semiestructurada al cuidador del paciente con DCL

En la entrevista semiestructurada con la cuidadora principal se puede apreciar que existen relaciones adecuadas entre los miembros que componen la familia, la cuidadora es la encargada de atender al paciente en su totalidad sin recibir ayuda, por lo cual le genera fuerte carga unida a su edad que sobrepasa la del enfermo y sin embargo cumple con el rol de cuidadora principal. El anciano no realiza ninguna actividad dentro del hogar, ni fuera de este por su condición de salud. *“con la hemiplejia que él tiene no puede hacer nada yo lo hago todo aquí en la casa, hay días en los que no puedo hacer nada porque me siento cansada y barro un poquito...”, “nosotros nos llevamos muy bien imagínese nosotros somos los únicos que quedamos de la familia y nos tenemos uno al otro”.*

Entrevista de necesidades # 1 al cuidador con respecto a su desempeño

“... no sé que es el Deterioro Cognitivo, nunca nadie me había hablado de ese tema”...ya yo tengo 81 años estoy prácticamente sola con mi hermano, que es él último que me queda, casi todas las cosas de la casa ya no las puedo hacer lo que más yo necesito es de alguien que me cuide a mi hermano, porque él tampoco tiene a más nadie...”. “....a veces me siento deprimida, antes me visitaban mis hermanos y tomábamos café juntos, pero ya no están, en mi tiempo libre salgo y visito algunos amigos que me quedan”.

Presentación y Análisis de los Resultados

Interpretaciones

Con respeto a las necesidades del cuidador focalizadas en el paciente y en el propio cuidador se puede evidenciar el desconocimiento de la enfermedad como sus características, evolución, psicoestimulación etc. Se puede apreciar que la situación de salud de la cuidadora no es óptima para realizar la actividad de cuidado, así como la avanzada edad de la misma, lo cual frena y obstaculiza la estimulación del anciano. De igual forma se evidencia por tanto en este caso la necesidad de apoyo asistencial y económico, fundamentalmente. Dicho caso debe ser atendido y visitado.

Resultados de la revisión del expediente social del anciano

Paciente del sexo M, jubilado que cobra \$242.00 al mes. Paciente que tiene 11 hijos, dos de ellos fallecidos. Convive con 2 de ellos existiendo buenas relaciones dentro de la familia. Ingresa al Círculo de abuelos por ser anciano con familia que trabaja, hace 2 años y 10 meses. Paciente diagnosticado con Deterioro Cognitivo Leve.

Caso # 10

Datos generales del cuidador # 10

Cuidador de sexo M, 77 años de edad, vive al lado del anciano junto con su esposa. Cuidador que es vendedor ambulante de pan además cobrar jubilación, hermano del paciente. Posee 6 grado, es Hipertenso, para lo cual ingiere la Hidroclorotiazida. Refiere que nunca había cuidado de ningún anciano, ni ha recibido ayuda profesional para la atención del paciente, aunque recibe la ayuda de sus sobrinas que se hacen cargo del anciano y se preocupan por él. Cuidador que refiere que el paciente no da quehacer, y refiere se siente regular en cuanto a su estado de ánimo debido a factores relacionados con su salud, en el tiempo libre asume que ve el televisor y escucha las noticias.

Resultados de Entrevista semiestructurada al cuidador del paciente con DCL

En la entrevista semiestructurada con el cuidador principal se puede apreciar que llevan de convivencia juntos 30 años, refiriendo que entre ambos existen buenas relaciones, que él lo ayuda en todo lo que necesite. El cuidador refiere que ambos se sientan juntos y conversan,

Presentación y Análisis de los Resultados

se ríen, ven el televisor. Al otro lado de la casa vive una de las hijas del paciente pero las relaciones entre ellos no son buenas, la misma no se ocupa del anciano como las demás, las cuales se preocupan todo el tiempo por él, se encargan del lavado de su ropa, de visitarlo, los fines de semana las visita y aunque las mismas desean que se vaya a vivir con ellas el paciente no quiere estar lejos de su hogar. El cuidador no experimenta sobrecarga por la ayuda que recibe por parte de las hijas del paciente además el anciano se vale de sus facultades y realiza actividades como barrer su cuarto, bañarse, tender su cama.

Entrevista de necesidades # 1 al cuidador con respecto a su desempeño

“... no sé qué es eso de deterioro cognitivo, nunca he recibido ayuda de nadie, para nada, yo mientras menos voy al médico mejor, mira ahora mismo tengo tremando catarro y no salgo de la casa...”. “Yo no necesito nada para atender a mi hermano en lo que el necesite yo lo ayudo, lo que me molesta es que el tiene una hija cerca que puede venir y ayudarlo pero no lo hace, pero las demás si se ocupan de él, de llevarlo al médico, se lo llevan los fines de semana para sus casas....” “...él no da quehacer ninguno, el mismo se barre, yo le caliento el agua para que se bañe, se baña y se pone tranquilito a ver el televisor, y después se acuesta y ni se siente...”

Interpretaciones

Con respecto a las necesidades del cuidador focalizadas en el paciente y en el propio cuidador se puede evidenciar el desconocimiento de la enfermedad como sus características, evolución, psicoestimulación etc., lo cual frena y obstaculiza la estimulación del anciano. En relación al cuidador se evidencia necesidad de salud para una mejor atención del paciente.

Resultados de la revisión del expediente social del anciano

Paciente del sexo M, jubilado que cobra \$200.00 al mes. Convive con su hija, yerno y 2 de sus nietos. Dentro de la familia existen buenas relaciones. Paciente que presenta como antecedentes de salud Hipertensión Arterial, Artrosis, Cardiopatía Isquémica. Ingresa al Círculo de abuelos por ser anciano con familiar que trabaja, hace 1 año y 1 mes. Paciente diagnosticado con Deterioro Cognitivo Leve.

Presentación y Análisis de los Resultados

Caso # 11

Datos generales del cuidador # 11

Cuidadora de sexo F, hija del anciano, 41 años de edad. Actualmente trabaja en la Empresa de Servicios, ocupando la plaza de Especialista A en obras de arquitectura, Universitaria. Cuidadora que no padece ninguna enfermedad, convive con el anciano, esposo y 2 hijas. Desde los 15 años se encuentra bajo el cuidado del anciano, anteriormente no había cuidado de ninguna otra persona, ni ha recibido ayuda profesional. Recibe apoyo de su hermano para el cuidado del paciente, y la ayuda de sus 2 hijas y esposo. Los ingresos en el hogar son adecuados donde se cobran 2 salarios de \$500.00, además de la jubilación del anciano de \$200.00. Refiere que se siente sobrecargada de tareas, pues le corresponde gran parte de trabajo del hogar y en el trabajo tiene varias responsabilidades. Su estado de ánimo es adecuado y las relaciones en el hogar son buenas. Cuidadora que refiere existen diferencias intergeneracionales en relación al anciano y sus nietas.

Resultados de Entrevista semiestructurada al cuidador del paciente con DCL

En la presente entrevista semiestructurada teniendo en cuenta la relación entre cuidador-paciente se puede evidenciar que existe buenas relaciones entre ambos. La cuidadora refiere que a veces existen conflictos intergeneracionales en relación al anciano y sus nietas, interponiéndose en la enseñanza de la cuidadora respecto a sus hijas *“a veces yo me pongo brava con papi porque él cree que estos son los mismos tiempos que cuando él era joven, aunque yo lo entiendo, yo se que él está viejo, y que es normal, por sus edad que se ponga con esas incomodidades y bravezas”*. Lo anterior no se asume como conflicto pues la familia como estrategia le deja expresarse y se le brinda una explicación. *“yo lo dejo que hable y le explico cuantas veces que sea necesario que los tiempos de ahora no son igual que los de antes”*. En relación a los roles que desempeña la cuidadora la misma refiere que se siente sobrecargada de tareas, pues le corresponde gran parte de trabajo del hogar y en el trabajo tiene varias responsabilidades. Asume que su estado de ánimo es adecuado y las relaciones entre los restantes miembros del grupo familiar son buenas, *“nosotros somos una familia que se lleva bien, no discutimos y cuando lo hacemos lo resolvemos conversando”*.

Presentación y Análisis de los Resultados

Entrevista de necesidades # 1 al cuidador con respecto a su desempeño

“...aunque a veces me siento muy preocupada cuando se va para la casa de abuelos, porque me da miedo que le pase algo, sé que si no tuviese esa ayuda tuviera que quedarme en la casa con él y dejar de trabajar, porque mi hermano no puede hacerse cargo de él, ya la casa de abuelos es una necesidad para mi...” “...no estoy muy segura pero creo que es el deterioro que por la edad sufren los ancianos, la memoria se va perdiendo, pero no se que hacer para ayudarlos, me interesaría conocer del tema para ayudar a mi papá y para mi misma...”

Interpretaciones

Con respeto a las necesidades del cuidador focalizadas en el paciente y en el propio cuidador se puede evidenciar el desconocimiento de la enfermedad así como sus características, evolución, psicoestimulación etc., lo cual frena y obstaculiza la estimulación del anciano. Se percibe además la necesidad de continuar recibiendo apoyo asistencial.

Resultados de la revisión del expediente social del anciano

Paciente del sexo M, jubilado que cobra \$220.00 al mes. Convive con su sobrina y esposo de la misma. Existen buenas relaciones entre los miembros de la familia. Paciente que nunca se casó ni tuvo hijos. Presenta como antecedentes de Salud una Esquizofrenia Simple y una bronquiectasia. Ingresa al Círculo de abuelos por ser anciano con familiar que trabaja, hace 1 año y 7 meses. Paciente diagnosticado con Deterioro Cognitivo Leve.

Caso # 12

Datos generales del cuidador # 12

Cuidadora de sexo F, 58 años de edad, posee nivel superior. La misma es trabajadora de la Sede Universitaria, ocupando el puesto de profesora de Literatura. La misma padece de Cardiopatía Isquémica, para lo cual está bajo prescripción médica de Propanolol. Cuidadora que está a cargo del anciano hace 3 años, en el hogar actualmente convive con su esposo y el paciente, siendo ella la cuidadora principal del anciano, aunque recibe la ayuda de su compañero. Anteriormente cuidaba a su abuelo, recibió ayuda de un geriatra que le orientó

Presentación y Análisis de los Resultados

acerca de la alimentación, aseo, tareas que el adulto mayor puede realizar, las cuales asegura la cuidadora pone en práctica con el anciano. Los ingresos en el hogar consisten en el salario de la cuidadora, la jubilación de su esposo y la jubilación del anciano.

Resultados de Entrevista semiestructurada al cuidador del paciente con DCL

En la presente entrevista semiestructurada teniendo en cuenta la relación paciente-cuidadora se evidencian adecuadas relaciones entre los mismos, refiere que el anciano no da quehacer y es muy disciplinado cumpliendo con las tareas que en el hogar le asignan, las cuales efectúa con mucha satisfacción. Se evidencia la preparación que tiene la cuidadora para desempeñar su rol, llevando a cabo ejercicios físicos y de psicoestimulación con el paciente que mantienen al anciano saludable. Cuidadora que presenta un estado de ánimo adecuado, aunque a veces siente sobrecarga. La misma posee horario laboral abierto, aunque asume que en el hogar tiene mucho trabajo. *“En la casa uno nunca termina la suerte es que yo tengo a mi esposo que me ayuda en todo lo que pueda y con respecto a mi tío no me pesa cuidar él es muy disciplinado... no da quehacer”*.

Entrevista de necesidades # 1 al cuidador con respecto a su desempeño

...“el deterioro cognitivo lo sufren algunos longevos producto de la propia edad, donde van perdiendo habilidades para memorizar, para realizar ejercicios que requieren de habilidades numéricas, el lenguaje puede verse afectado, para ayudarlos se le debe mantener activo, darle actividades en las cuales él se desarrolle, se le pone a leer noticias pequeñas, a recordar nombres, objetos.” “...yo trato de que él me cuente sobre familiares de nosotros que viven en el campo para que él utilice la memoria, le pregunto los nombres...” “... a veces me siento sobrecargada, pero no me pesa cuidar de él, él es muy disciplinado y me ayuda en algunas tareas que puede realizar, también mi esposo me ayuda mucho...” “... yo no necesito nada más para cuidarlo a él solo que se mantenga la ayuda que recibimos de la casa de abuelos, que sin ella no pudiera trabajar...” “si se que tiene deterioro cognitivo porque el geriatra que me asesora con él me ha hablado algo respecto al tema”.

Presentación y Análisis de los Resultados

Interpretaciones

Se evidencia que la cuidadora domina la entidad abordada, además conoce algunos ejercicios de psicoestimulación. En cuanto a la solvencia económica no presenta necesidad alguna, la cuidadora ha recibido ayuda especializada para el cuidado del anciano, lo cual muestra su interés y preocupación por el paciente. La necesidad de la ayuda asistencial se evidencia en el mantenimiento del anciano en la casa de abuelos.

Resultados de la revisión del expediente social del anciano

Paciente del sexo F, pensionada, cobra \$200.00 al mes. Anciana que tiene un hijo con cataratas congénita, el mismo no vive con ella. Actualmente la anciana vive con su cuñado, el cual se quedó a cargo de la paciente por estar fuera su cuidadora principal (hermana de la paciente), esta hermana actualmente cumple misión internacionalista. Ingresa al Círculo de abuelos por ser anciano con familiar que trabaja, hace 1 año y 1 mes. Paciente diagnosticado con Deterioro Cognitivo Leve.

Caso # 13

Datos generales del cuidador # 13

Cuidador de sexo M, 58 años de edad. Es cuñado de la anciana y reside en la planta alta de su casa. Asume el cuidado de la misma hace 1 año y 8 meses tras la ausencia de su esposa, que actualmente cumple misión internacionalista. Cuidador que posee 10mo grado y ocupa actualmente una plaza de agente de seguridad. Es hipertenso, por lo cual está bajo prescripción médica del Enalapril. No recibe ayuda profesional de ningún especialista para asumir dicho cuidado, ni anteriormente había desempeñado esta actividad. Refiere se siente sobrecargado, asegura que la paciente no da quehacer puesto que ella misma se lava, tiende su cama, y la alimentación la recibe en la casa de abuelos, su actividad está encaminada por tanto, al cuidado de la salud de la anciana, cargarle el agua, y calentársela fundamentalmente. La sobrecarga es asumida por el cuidador como preocupación que viene de los hijos, los cuales conviven cerca de su casa y también debe responder por ellos. Los ingresos en el hogar consisten en el salario del cuidador \$ 300.00 y la pensión de la paciente de \$200.00.

Presentación y Análisis de los Resultados

Resultados de Entrevista semiestructurada al cuidador del paciente con DCL

En dicha entrevistas semiestructurada el cuidador refiere que existen adecuadas relaciones entre él y la anciana, refiriendo *“yo todo lo que ella no puede hacer se lo hago, con ella no tengo problema ninguno, aquí en la casa ni se siente, le preparo el agua y la comida por la tarde cuando no va a la casa de abuelos”, “ cuando yo no estoy mi hijo es el que me ayuda con ella, en cuanto al médico no tenemos problemas porque allí en la casa de abuelos la chequean de vez en cuando, y cuando necesita ir al hospital, mi hijo que tiene caro y yo la llevamos”*. El cuidador posee sobrecarga de roles, pues es el que se ocupa de la limpieza, alimentación, cuidado de los hijos y la anciana, además de su trabajo, el cual debe realizar conjuntamente. *“yo trabajo de noche y cuando llego a la casa tengo que ponerme a hacer todo, porque mi mujer no está y yo tengo que hacer lo que ella hacía normalmente, sin ayuda de nadie, excepto mi hijo que cuando no está trabajando me ayuda con ella”*.

Entrevista de necesidades # 1 al cuidador con respecto a su desempeño

“....no sé que es el deterioro cognitivo leve, nunca nadie me ha explicado que es, ni sé que hacer en ese caso....”“.....yo a veces me siento cansado, porque trabajo de noche, pero además de cuidarla a ella, tengo la responsabilidad de mis hijos que viven al lado mío y dan más preocupaciones...”, *“... ahora yo si sé la carga que tenía mi mujer antes de irse”*.

Interpretaciones

Con respeto a las necesidades del cuidador focalizadas en el paciente y en el propio cuidador se puede evidenciar el desconocimiento de la enfermedad así como sus características, evolución, psicoestimulación etc., lo cual frena y obstaculiza la estimulación del anciano. Se percibe además la necesidad de apoyo familiar y conocimiento de habilidades con respecto a la actividad de cuidado, la necesidad económica también se puede constatar.

Presentación y Análisis de los Resultados

3.2 Variables sociodemográficas relacionadas con el cuidador

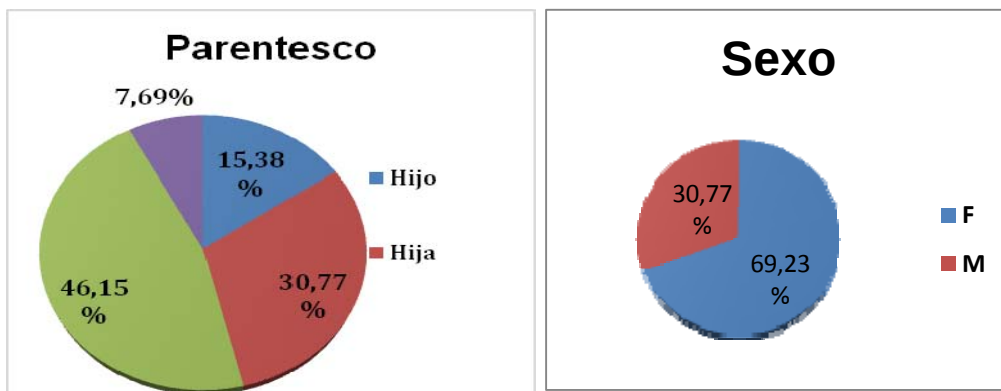


Fig-1 Parentesco del cuidador principal Fig-2 Sexo del cuidador principal

Comentarios de la figura 1, 2, Parentesco y sexo del cuidador, de forma similar a estudios llevados a cabo por Valderrama, 2001, destacan que la mayor parte de los cuidadores suelen ser de sexo femenino, correspondiendo el 69,23% en dicha investigación, siendo las hijas fundamentalmente las que se ocupan del cuidado de los ancianos y en un porcentaje menor los hijos, el cuidado por parte de ambos, de manera general representa el 46,15 %, en conjunto con otros cuidadores (nueras y hermanos) que representan el mismo porcentaje en dicho estudio.

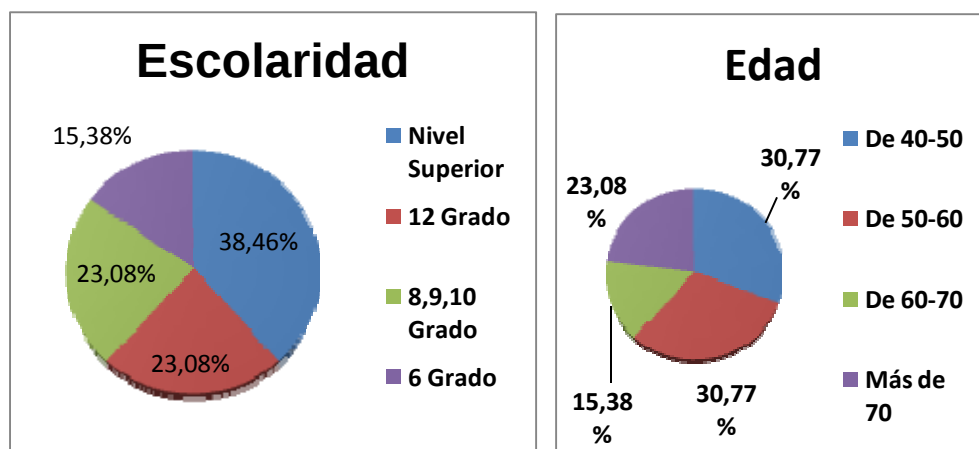


Fig-3 Escolaridad del cuidador

Fig-4 Edad del cuidador

Presentación y Análisis de los Resultados

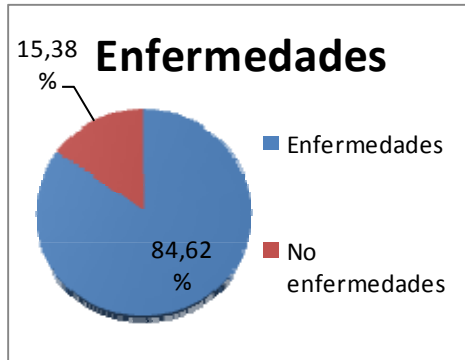


Fig-5 Enfermedades del cuidador

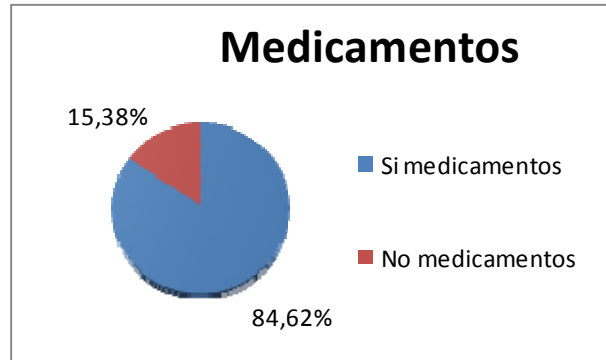


Fig-6 Consumo de Medicamentos del Cuidador

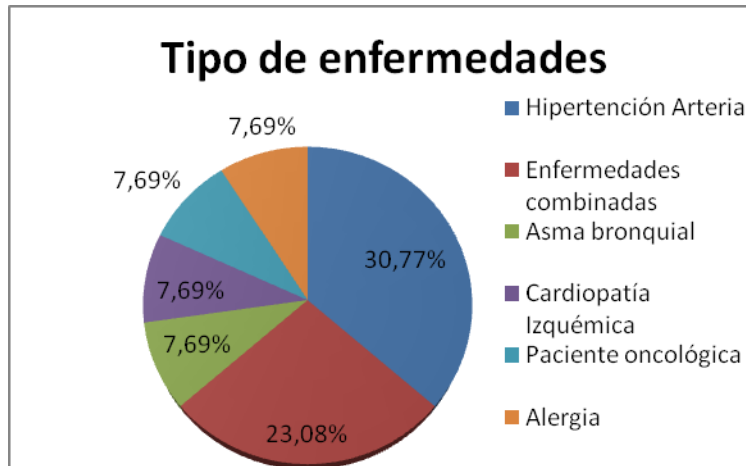


Fig-7 Tipo de enfermedades del cuidador

Comentario de figuras 3, 4, 5, 6, 7, -escolaridad, edad, enfermedades, medicamentos, tipo de enfermedades-, según una revisión de intervenciones de familiares mayores dependientes, llevada a cabo por López y Crespo, (2007) revelan que el porcentaje de cuidadores con estudios universitarios es elevado, en 6 estudios se sitúan entre el 30% y el 49, 5%. En dicha investigación el nivel educacional de los cuidadores se comporta de la siguiente forma , 38, 46% los universitarios, seguido del grado 12 y educación media con un 23, 08%, el 15, 38% posee 6 grado. La edad oscila entre los 40 y 80 años, representando la mayoría las edades correspondientes entre los 40 y 60 años, con un 30,77%. Dicha investigación demuestra, al igual que estudios realizados por varios autores citado en López y Crespo, 2006, la preocupación existente, sobre todo de los cuidadores de más edad en cuanto a los diferentes

Presentación y Análisis de los Resultados

problemas de salud de los mismos. Dichos autores refieren que las personas que asumen el rol de cuidado presentan problemas osteomusculares, fracturas y esguinces, trastornos del sueño, incluso una respuesta inmunológica reducida. En la presente investigación, el 84,62% de los cuidadores presentan enfermedades, los cuales se encuentran bajo prescripción médica. La enfermedad más representativa fue la Hipertensión Arterial- HTA, representando el 30,77% los cuidadores que la padecen, aunque el 23,08% de la población posee enfermedades combinadas, revelando la presencia de HTA unida a la Diabetes, Asma bronquial, Ernia Discal, Cardiopatías y Artritis. Los restantes cuidadores que se encuentran en un 7,69% presentan enfermedades oncológicas, cardiopatías, asma bronquial, sin observarse otras.

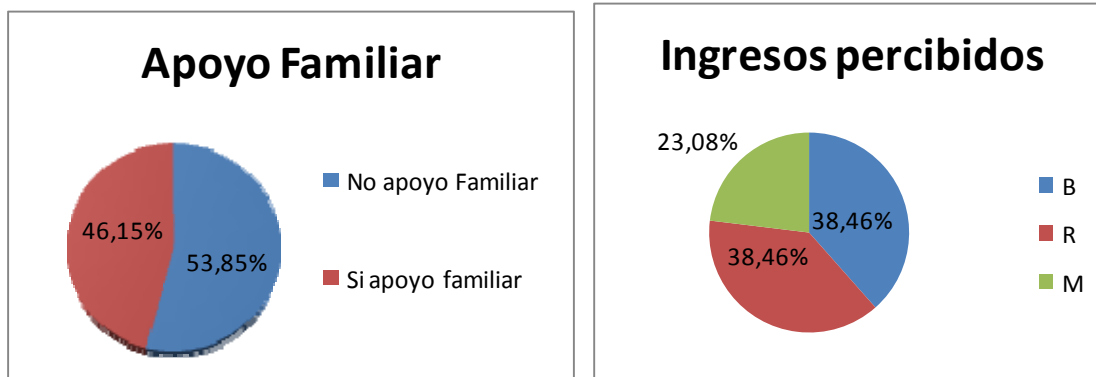


Fig-8 Apoyo familiar que recibe el cuidador Fig-9 Ingresos percibidos

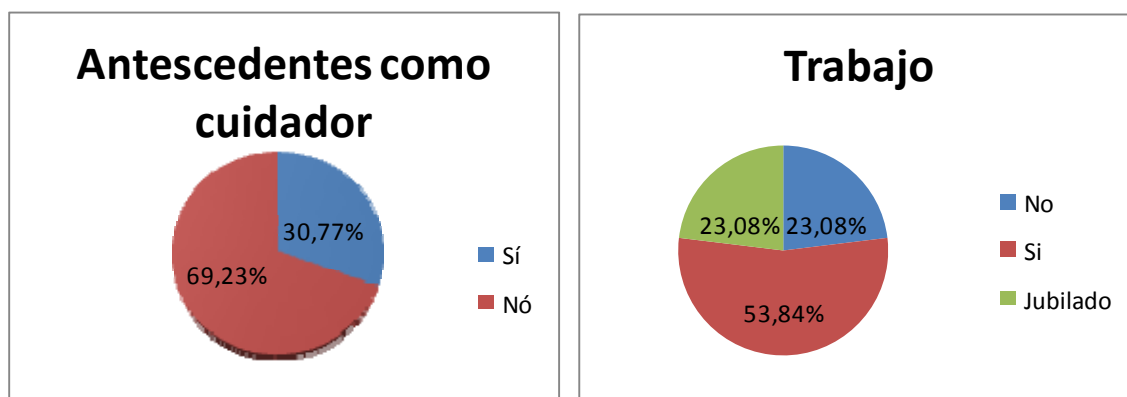


Fig-10. Antecedentes como cuidador Fig-11 Estado laboral del cuidador

Presentación y Análisis de los Resultados

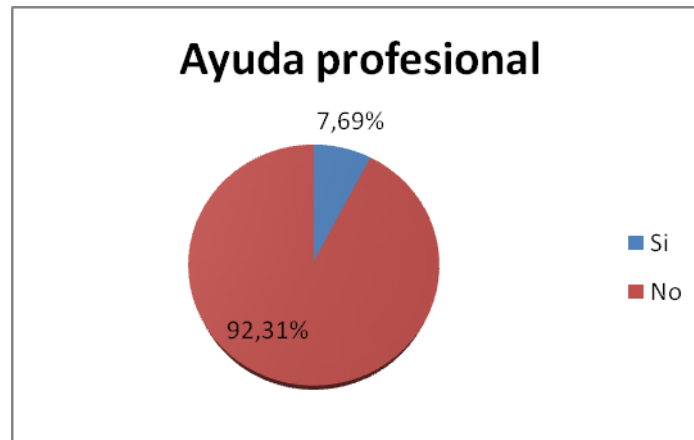


Fig-12 Ayuda profesional

Comentarios de la figura 8, 9, 10, apoyo familiar, ingresos percibidos, antecedentes como cuidador, revelan que el 46, 15 % de los cuidadores reciben apoyo por parte de la familia, mientras el 53, 85% no lo recibe. En los ingresos percibidos prevalecen las familias cuya economía se sustenta por el salario del cuidador y la jubilación del anciano 38,46%, luego le siguen las que reciben varios ingresos y las condiciones materiales son buenas, representando el 38,46%, mientras que por último se encontró el 23,08% donde predomina un solo salario ya sea del cuidador o solamente la pensión del anciano y las condiciones de vida son malas. Es válido destacar que solamente el 30,77% de los cuidadores desempeñaron esta actividad con anterioridad. Al igual que estudios realizados por López y Crespo, (2007), se evidencia un gran porcentaje de cuidadores que trabajan, en la presente investigación los trabajadores representan el 53, 84%, según estos autores cuando se trata de los hijos aunque estos trabajen en el hogar es frecuente que sigan laborando a jornada completa o parcial. Como se puede observar en la figura 12, los cuidadores no han recibido ayuda profesional para la realización de la actividad de cuidado, solo un 7, 69%.

Presentación y Análisis de los Resultados

3.3 Necesidades del cuidador focalizadas en el paciente con Deterioro Cognitivo Leve e identificadas por su criterio

Tabla 1

Conocimiento de la enfermedad	Bueno	Regular	Deficiente
Cantidad	1	1	11
%	7,69	7,69	84,62

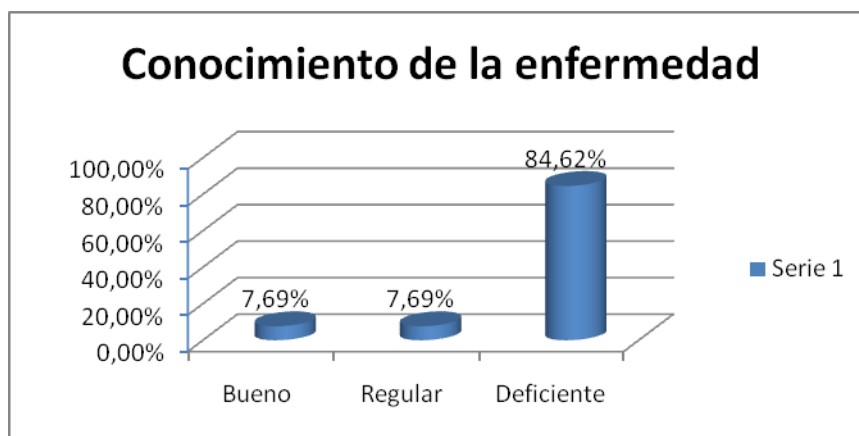


Fig-13 Conocimiento de la enfermedad

Tabla 2

Información sobre psicoestimulación.	Buena	Regular	Deficiente
Cantidad	1	1	11
%	7,69	7,69	84,62

Presentación y Análisis de los Resultados

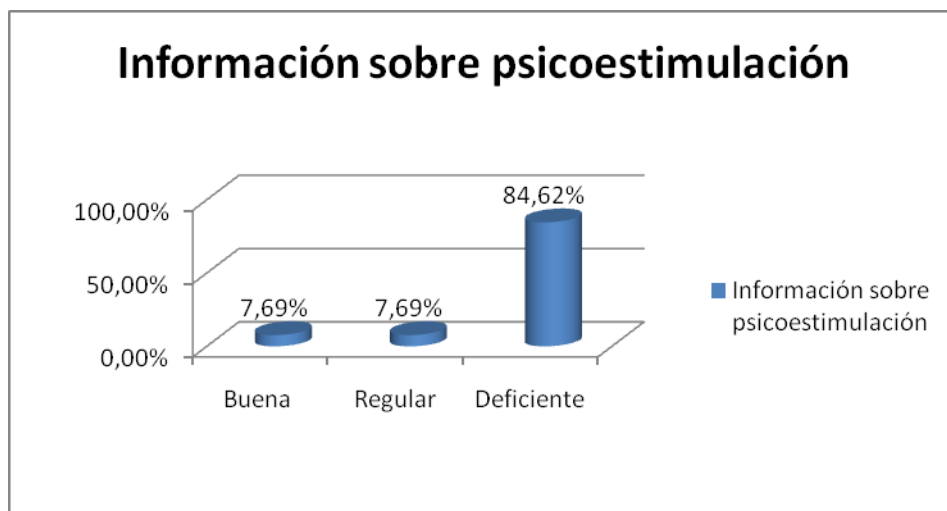


Fig-14 Conocimiento de psicoestimulación

Tabla 3

Conocimiento del diagnóstico.	Si conoce	No conoce
Cantidad	1	12
%	7,69	92,31%

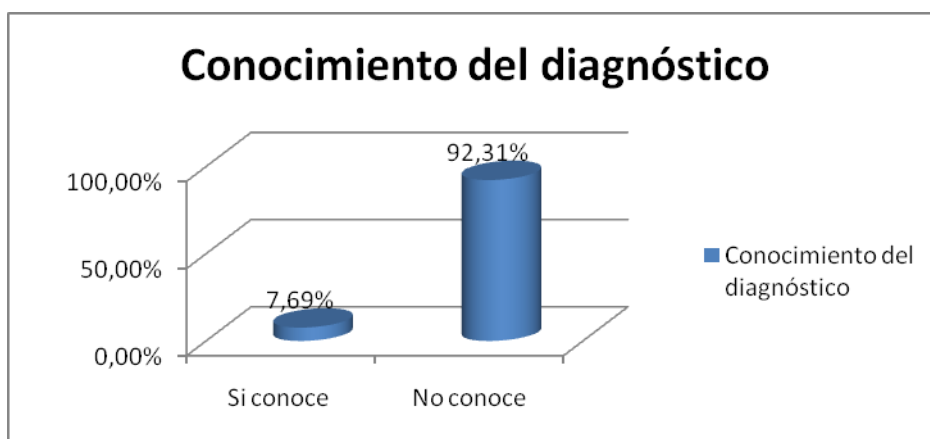


Fig-15 Conocimiento del diagnóstico

Presentación y Análisis de los Resultados

Tabla 4

Habilidades en el manejo del paciente	Buenas	Deficientes
Cantidad	1	12
%	7,69	92,31%

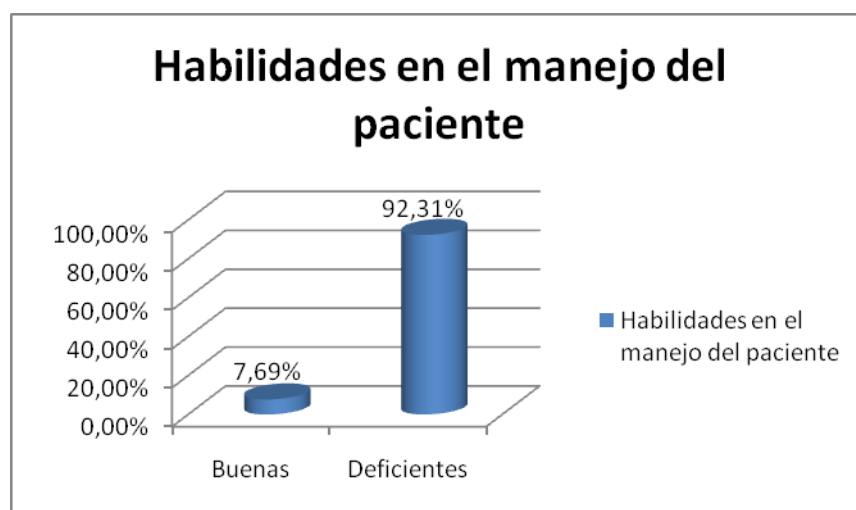


Fig-16 Habilidades en el manejo del paciente

Las figuras 13, 14, 15,16 revelan que las necesidades focalizadas en el paciente se comportaron de la siguiente forma: los no necesitados de información respecto al conocimiento de la enfermedad representan el 7,69%, mientras que los necesitados constituyen el 92,31%. Es interesante el hecho de que el 92,31% necesita conocer sobre psicoestimulación, mientras que solamente el 7,69% posee adecuada información. Teniendo en cuenta lo relacionado con el conocimiento del diagnóstico, es importante destacar que el 92, 31% de los cuidadores no se encuentran informados del mismo, mientras que solo el 7,69% posee la información, de igual forma se comportan las habilidades en el manejo del paciente.

Presentación y Análisis de los Resultados

Necesidades del cuidador focalizadas en su persona

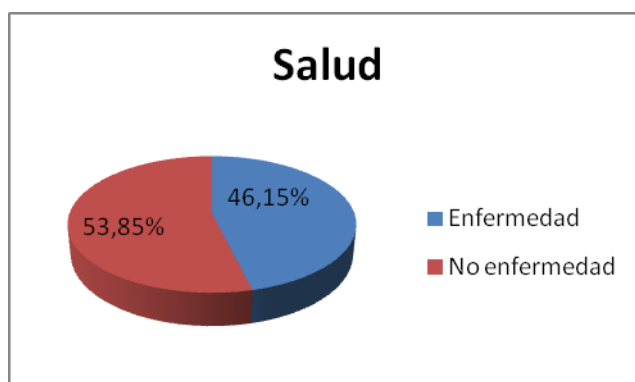


Fig-17 Necesidad de salud

Tabla 5

Tipos de Ayuda	Necesita	No Necesita	% de Necesitados	% de No Necesitados
Ayuda profesional	11	1	92,31%	7,69%
Apoyo Familiar	8	5	61,64%	38,46%

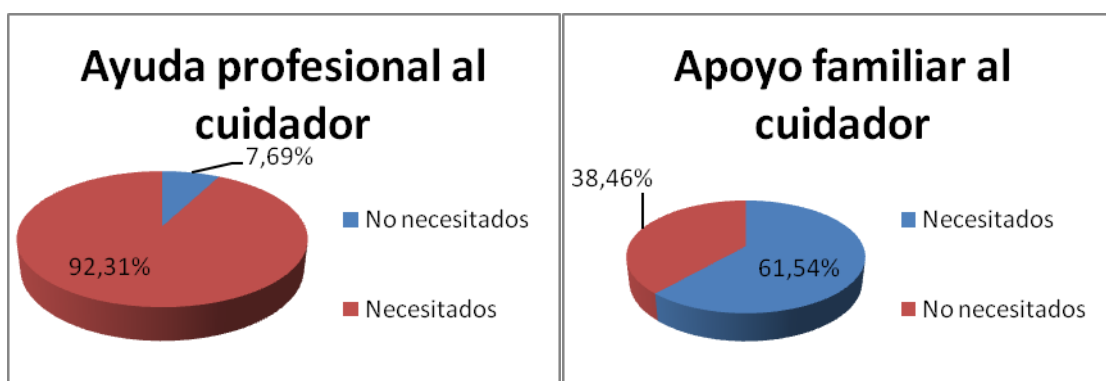


Fig-18 Ayuda profesional

Fig-19 Apoyo Familiar

Presentación y Análisis de los Resultados

Las necesidades del cuidador focalizadas en su persona se comportaron como sigue: De la muestra el 46,15% de los cuidadores revelan la necesidad de salud para un mejor desempeño de su actividad. El apoyo familiar es una necesidad de alta incidencia pues se da como carencia en 61, 54 % conjuntamente con la necesidad de ayuda profesional que se evidencia en el 92,31% de los cuidadores.

3.4 Criterios de profesionales en relación al manual elaborado

Participaron 7 especialistas o profesionales los cuales ofrecieron como sugerencias aspectos no tratados en el manual y que no debían faltar, dentro de ellos se encuentran el “apoyo asistencial y familiar”, “la Influencia del estado emocional en el avance del DCL” y “la terapia acupuncional” estas temáticas fueron incluidas en el manual en aras de perfeccionar la propuesta interventiva.

Los resultados del cuestionario arrojaron los siguientes datos:

Tabla 7

Indicadores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
Prof. 1	3	2	3	2	3	2	3	2	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	2	3	2	2	3	2	3	2
Prof. 2	3	2	3	2	3	2	3	2	1	3	2	3	2	3	2	3	3	2	3	2	2	1	2	2	2	3
Prof. 3	3	2	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2
Prof. 4	2	3	3	2	2	3	3	2	1	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	2
Prof. 5	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	2	2	2	2	3	2	3
Prof. 6	3	2	3	2	3	2	3	2	1	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	1	2	3	2	2

Presentación y Análisis de los Resultados

Prof. 7	3	2	2	2	3	2	3	3	1	3	3	3	2	2	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	2
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

El cuestionario fue evaluado a través de la Técnica del paquete estadístico SPSS denominada: Método del Coeficiente de Kendall. Este método consiste en unificar los criterios de un grupo de especialistas con conocimientos de la problemática sometida a estudio, de manera que cada integrante del panel vaya ponderado según el orden de importancia que cada cual entienda a criterio propio, determinando así la nomenclatura de las características o causas en cuestión; estableciéndose finalmente un valor que posibilita decidir el nivel de concordancia que existe entre los criterios emitidos por los jueces. Esta prueba determina un valor denominado W o coeficiente de concordancia, el cual oscila entre 0 y 1, donde 1 significa una concordancia total y 0 un desacuerdo total, si $W \geq 0.5$, se puede afirmar que existe concordancia de criterios entre todos los miembros que conforman el panel de especialistas, en dicha investigación el valor fue de 0,511 por lo que el estudio realizado es confiable.

Presentación y Análisis de los Resultados

Conclusiones Parciales

Atendiendo a los resultados estadísticos de las variables sociodemográficas del cuidador principal relacionadas con la actividad del cuidador, se encontró un predominio del sexo femenino, pues las mujeres representan un 69,23 % de la muestra, lo que coincide con reportes investigativos anteriores (Valderrama, 2001) que destacan que la mayor parte de los cuidadores suelen ser de sexo femenino. Las hijas son generalmente las que se ocupan de los ancianos, y en un porcentaje menor los hijos. El cuidado por parte de ambos de manera general representa el 46,15 %, los ancianos cuidados por otros familiares representan el mismo porcentaje.

En la investigación el nivel educacional de los cuidadores se comporta de la siguiente manera: 15, 38%- 6 grado, 23,08%-12 grado, 23, 08%- 8vo, 9no, 10mo, mientras que la mayoría, representando el 38, 46% son universitarios, lo cual coincide con intervenciones de familiares mayores dependientes llevadas a cabo por López y Crespo, (2007) que destacan que el porcentaje de cuidadores con estudios universitarios es elevado.

La edad de los cuidadores oscila entre los 40 y 80 años, representando la mayoría, las edades correspondientes entre los 40 y 60 años, con un 30,77%. Dicha investigación demuestra, al igual que estudios realizados por varios autores citado en López y Crespo, (2006) la preocupación existente, sobre todo de los cuidadores de más edad en cuanto a los diferentes problemas de salud de los mismos. Dichos autores refieren que las personas que asumen el rol de cuidador presentan problemas osteomusculares, fracturas y esguinces, trastornos del sueño, incluso una respuesta inmunológica reducida. En la presente investigación, el 84, 62% los cuidadores presentan enfermedades y se encuentran bajo prescripción médica. La más común fue la Hipertensión Arterial- HTA, representando el 30,77% de los cuidadores los que la padecen, aunque el 23, 08% de la población posee enfermedades combinadas, revelando la presencia de HTA en conjunto con: Diabetes, Asma bronquial, Ernia Discal, Cardiopatías y Artritis. Los restantes cuidadores que se encuentran en un 7,69% presentan una única enfermedad ya sea cardiopatías, asma bronquial y oncológicas.

Presentación y Análisis de los Resultados

Se apreció que un 46, 15 % de los cuidadores no reciben apoyo por parte de la familia, solo el 53, 85% de los casos posee alguna ayuda familiar. En los ingresos percibidos prevalecen las familias cuya economía se sustenta por el salario del cuidador y la jubilación del anciano 38,46%, luego le siguen las que reciben varios ingresos y las condiciones materiales son buenas, representando el 38,46%, mientras que por último se encontró un 23,08% donde predomina un solo salario ya sea del cuidador o la pensión del anciano y las condiciones de vida son malas. Es válido destacar que solamente el 30,77% de los cuidadores desempeñaron esta actividad con anterioridad. Al igual que estudios realizados por López y Crespo, (2007), se evidencia un gran porcentaje de cuidadores que trabajan, representando en la presente investigación el 53, 84%. Según estos autores cuando se trata de los hijos aunque estos trabajen en el hogar es frecuente que sigan trabajando a jornada completa o parcial fuera de la casa. Se evidenció un predominio de cuidadores que no han recibido ayuda profesional para la realización de la actividad de cuidado, solo un 7, 69%.

Las necesidades focalizadas en el paciente se comportaron de la siguiente forma: los necesitados de información respecto al conocimiento de la enfermedad representan el 7,69%, mientras que los necesitados constituyen el 92,31%. Es interesante el hecho de que el 92,31% necesita informarse sobre psicoestimulación, mientras que el otro 7,69% posee algún conocimiento al respecto. Teniendo en cuenta lo relacionado con el conocimiento del diagnóstico, es importante destacar que el 92, 31% de los cuidadores no se encuentran informados del mismo, mientras que solo el 7,69% posee la información, de igual forma se comportan las habilidades en el manejo del paciente.

Las necesidades del cuidador focalizadas en su persona se comportaron como sigue: de la muestra el 46,15% de los cuidadores revelan la necesidad de salud para un mejor desempeño de su actividad. El apoyo familiar es una necesidad de alta incidencia pues se da como carencia en 61, 54 % conjuntamente con la necesidad de ayuda profesional que se evidencia en el 92,31% de los cuidadores.

Esta carencia de salud imposibilita la adecuada atención al paciente refiriendo la mayoría de los cuidadores que se sienten muchas veces cansados por la alta carga de trabajo, unido a las manifestaciones negativas de enfermedades crónicas e incluso oncológicas. Los propios cuidadores se encuentran automedicados refiriendo que a veces suelen acudir a calmantes

Presentación y Análisis de los Resultados

naturales que le ayuden a afrontar la carga emocional que trae consigo la actividad de cuidado. Esta sobrecarga se evidencia por el poco apoyo que reciben los cuidadores por parte de la familia y la escasa orientación profesional para el manejo del anciano, lo cual dificulta la propia actividad.

En los registros de las sesiones de trabajo se pudo ilustrar con mayor amplitud la relación paciente –cuidador y las necesidades de cada caso, corroborándose que en las relacionadas con el paciente se evidencia la carencia de conocimientos de la enfermedad. Esto se evidencia en las explicaciones de los cuidadores las cuales se muestran muy simples en algunos casos, mientras que otros familiares, no poseen ninguna información con respecto a la entidad e incluso es válido destacar que se desconoce el diagnóstico específico en la mayoría de los casos. Se evidencia escasez de conocimiento acerca de la psicoestimulación pues el cuidado se limita a las actividades de la vida diaria, no a la estimulación de los procesos cognitivos. Por tanto aparece la necesidad del conocimiento de la enfermedad así como los procedimientos vinculados al manejo del enfermo. Surge la necesidad de salud en una gran mayoría de casos para una mejor atención al enfermo. El apoyo profesional se maneja como carencia por no contar con un especialista que oriente a los cuidadores acerca de la enfermedad y sus consecuencias, entre otros aspectos que el cuidador debe dominar. El apoyo familiar para desarrollar la actividad de cuidado también se evidencia como carencia, el último implícito en la descripción del desarrollo cotidiano de la actividad cuyo único partícipe es en un gran número de casos el cuidador estudiado. Las necesidades económicas constituyen una preocupación para varias personas estudiadas, quienes tienen la pensión del anciano o el salario mínimo que cobra el cuidador como única fuente de ingreso.

Teniendo en cuenta el criterio de los profesionales en relación al manual se elabora un cuestionario a profesionales el cual se califica según la Técnica del paquete estadístico SPSS denominada Método del Coeficiente de Kendall. Esta prueba determina un valor denominado W o coeficiente de concordancia, el cual oscila entre 0 y 1, donde 1 significa una concordancia total y 0 un desacuerdo total, si $W \geq 0.5$, se puede afirmar que existe concordancia de criterios entre todos los miembros que conforman el panel de especialistas, en dicha investigación el valor fue de 0,511 por lo que el estudio realizado es confiable.

Presentación y Análisis de los Resultados

Se tomó a consideración incluir aspectos no tratados como el “apoyo asistencial y familiar”, “la Influencia del estado emocional en el avance del DCL” y “la terapia ocupacional”, los cuales fueron incluidos en aras de perfeccionar la propuesta interventiva.

Conclusiones

La realización de la presente investigación permitió arribar a las siguientes generalizaciones:

Entre las variables sociodemográficas vinculadas al cuidador en relación a su desempeño, se encontró un predominio de: cuidadores de sexo F, con un nivel de escolaridad superior, cuya edad se encuentra entre los 40 y 80 años. Un gran número de cuidadores se encuentra laborando actualmente y a la vez se encargan del cuidado del anciano. La mayoría presentan enfermedades y se encuentran bajo prescripción médica. Como generalidad los sujetos de estudio declararon no contar con ayuda profesional y apoyo familiar en algunos casos.

En cuanto a la caracterización de la familia en relación cuidador –paciente se evidencia una carencia de conocimiento de la enfermedad, el cuidado se limita a las actividades de la vida diaria no a la psicoestimulación del paciente. El poco tiempo con que cuentan los cuidadores imposibilita una mejor atención y cuidado del anciano.

Atendiendo a la identificación de necesidades de los cuidadores principales en relación al paciente, se evidencia escasos conocimientos en cuanto al término, sus características, tratamiento, ejercicios de psicoestimulación que puedan ayudar al anciano. El apoyo de la familia para potenciar las habilidades en el paciente es pobre producto del propio desconocimiento de la enfermedad y la insuficiente ayuda profesional en relación a la actividad de cuidado.

Las necesidades del cuidador focalizadas en su persona muestran en primer lugar la necesidad de salud, unido a la ayuda profesional y el apoyo familiar, para aliviar la carga que los mismos experimentan.

Se logró elaborar un manual que oriente al cuidador principal del paciente con DCL para que conozcan acerca de la enfermedad, sobre cómo manejar y potenciar al anciano, incluyendo la ayuda a los cuidadores para el adecuado manejo de su salud, atenuando la repercusión negativa que trae consigo la actividad de cuidado. El manual abarca temas relacionados con el DCL, sus características, tratamiento, tipos de Deterioro Cognitivo, la psicoestimulación, el

cuidador, cómo se afecta el mismo, qué puede hacer la familia para potenciar al paciente con DCL, entre otros temas de interés.

El criterio de especialistas posibilitó fortalecer aquellos puntos que no quedaron totalmente explícitos en el manual y al final emitir una valoración favorable del mismo, considerando adecuada su calidad e importancia social y práctica, valorándose su futura puesta en práctica.

Recomendaciones

Recomendaciones

1. Continuar el estudio del tema por su gran relevancia actual ya que no existe suficiente información respecto al término DCL y su incidencia negativa para el paciente y su familia. Se debe profundizar en el estudio de las características psicológicas del cuidador, quien en la mayoría de los casos no cuenta con los recursos necesarios para afrontar la enfermedad.
2. Se debe ofrecer información sobre la enfermedad al cuidador principal para optimizar su labor humanitaria, así como poderlo vincular a actividades de psicoestimulación y de autocuidado.
3. Ofrecer talleres de capacitación en diferentes áreas de salud para el cuidador y su familia, donde se ofrezca información respecto al tema. Estos talleres pudieran efectuarse mensualmente, utilizando los medios masivos de comunicación y tecnología de punta.
4. Facilitar el Manual elaborado a todos los cuidadores de pacientes con DCL o incluso aquellos que se encarguen del cuidado de un anciano, con el fin de orientarlos en el manejo de los mismos y evitar la repercusión negativa que trae consigo la enfermedad para el paciente y el cuidador.

Referencias Bibliográficas

- 1-Alzheimer's, D. (2001). "Ayuda para cuidadores de personas con Demencia."
<http://pidex.es/downloads/ayudaparacuidadoresdepersonascondemencia.pdf>
- 2-Ávila, M., A. Roca, et al. (2007) Manejo en la Atención Primaria de personas con deterioro cognitivo [Electronic Version], from
<http://www.cocmed.sld.cu/no114sp/ns114rev5.htm>
- 3-Artero, S., Ancelin, M., Portet, F., Dupuy, A., Berr, C., & Dartigues, J. (2008). Risk profiles for mild cognitive impairment and progression to dementia are gender specific [Electronic Version]. *Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 979-984, from
<http://www.jnnp.bmj.com.htm>.
- 4-Buñill, E., Bartés, A., Moral, A., Casadevall, T., Codinachs, M., & Zapater, E. (2009). Prevalencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 80 años: estudio COGMANLLEU [Electronic Version]. *Neurología*, 2, 102-107, from
<http://www.psiquiatria.com/articulos/psicogeriatría/neuropsiquiatria/demencias/epidemiologia414/41187/>
- 5- Colliea, A., & Maruffa, P. (2000). The neuropsychology of preclinical Alzheimer's disease and mild cognitive impairment [Electronic Version]. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 365–374, from <http://www.elsevier.com/locate/neubiorev>.
- 6- Comunidad de Madrid (2006). "Guía de recomendaciones al paciente. Deterioro Cognitivo Leve y Demencia en Fase Inicial."
<http://pidex.es/downloads/guiasderecomendacionesalpacientedeteriorocogn.pdf>
- 7-De la Vega, R., & Zambrano, A. (2008). Criterios diagnósticos de las demencias [Electronic Version], from <http://www.hipocampo.org/criterios.asp>.
- 8-De la Vega, R., & Zambrano, A. (2008). Deterioro cognitivo leve y envejecimiento normal [Electronic Version], from <http://www.hipocampo.org/mci.asp>
- 9-Envejecimiento, A. d. (2002) Guía para Cuidadores. Department of Health & Human Services.
<http://pidex.es/downloads/guiaparacuidadoresadministraciondelenvejecimie.pdf>

- 10-Grön, G., Brandenburger, I., Wunderlich, A., & Riepe, M. (2006). Inhibition of hippocampal function in mild cognitive impairment: targeting the cholinergic hypothesis [Electronic Version]. *Neurobiology of Aging* 78–87, from <http://www.elsevier.com/locate/neuaging>
- 11-Huete, M., V. Pacheco, et al. (2010). "Formación a cuidadores de personas con Demencia." 7: 220-230. <http://www.revistatog.com/suple/num6/demencia.pdf>.
- Huete, M., V. 12-Pacheco, et al. (2010). "Terapia Ocupacional: Formación a cuidadores de personas con demencia." *TOG (A Coruña)* 7(6): 220-230. <http://www.revistatog.com/suple/num6/demencia.pdf>
- 13-Hernández, R., C. Fernández, et al. (2006). Metodología de la Investigación. México.
- 14-Kinsella, G., Mullaly, E., Rand, E., Ong, B., Burton, C., & Price, S. (2009). Early intervention for mild cognitive impairment: a randomised controlled trial [Electronic Version]. *Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 730-736, from <http://jnnp.bmj.com/cgi/content/full/80/7/730>
- 15-Louro, I. (2004). Modelo teórico-metodológico para la evaluación de salud del grupo familiar en la atención primaria. *Escuela Nacional de Salud Pública*. Ciudad de la Habana.
- 16-López, O., Becker, J., & Jagust, W. (2006). Características neuropsicológicas de los subgrupos del deterioro cognitivo leve [Electronic Version], from <http://www.hipocampo.org/articulos/articulo0265.asp>.
- 17- López, J. and M. Crespo (2007). "Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión." *Psicothema* 19(1): 72-80. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/lopez-intervencion-01.pdf>.
- 18- Mitchell, A., & Shiri-Feshki, M. (2009). Temporal trends in the long term risk of progression of mild cognitive impairment: a pooled analysis [Electronic Version], from www.jnnp.bmj.com.htm

- 19- Mitchell, A. (2009). CSF phosphorylated tau in the diagnosis and prognosis of mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: a meta-analysis of 51 studies [Electronic Version]. *Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 966-975, from <http://www.jnnp.bmj.com.htm>
- 20- Mías, C., Sassi, M., Masih, M., Querejeta, A., & Krawchik, R. (2007). Deterioro cognitivo leve: estudio de prevalencia y factores sociodemográficos en la ciudad de Córdoba, Argentina [Electronic Version], from <http://www.revneurol.com/sec/resumen.php?or=web&i=e&id=98445>
- 21- Medina, I. (2005). *Teoría de la Comunicación: Desde el otro lado*. La Habana: Pablo de la Torre.
- Nordlund, A., Rolstad, S., Klang, O., Lind, K., Hansen, S., & Wallin, A. (2007). Cognitive Profiles of Mild Cognitive Impairment With and Without Vascular Disease [Electronic Version]. *Neuropsychology*, 21, 706-712, from <http://www.jnnp.bmj.com.htm>
- 22- Orosa, F. (1999). Familia y Tercera Edad. Principales reflexiones Teórica. La Habana.
- 23- Quintana, L., Diéguez, E., & Pérez, A. (2005). *Herramientas para la Solución de Problemas. Técnicas para Ingenieros Industriales II* Retrieved 28 de mayo del 2011, <http://monografias.umcc.cu/monos/2005/Indeco/Monograf%20para%20la%20solucion%20deproblemas.pdf>
- 24- Quevedo, T. (2007). Cuidadores de pacientes Alzheimer. Una aproximación al estudio de sus necesidades. *Psicología*, "Marta Abreu" de las Villas.
- 25- Recomendaciones para cuidadores o familiares. INECO Centro de estudios de la memoria y la conducta [Electronic Version] from <http://www.ineco.org.ar/material/1232030660o.pdf>.
- 26- Ruiz, E. C. and Y. Fernández (2010). Desempeño en tareas duales en individuos cognitivamente normales y con Deterioro Cognitivo Leve un estudio de Morfometría. Centro de Neurociencias de Cuba.

Departamento de Neurociencias cognitivas. La Habana.

- 27- Smith, D., Chebrolu, H., & Wekstein, D. (2007). Cambios estructurales previos al deterioro cognitivo leve [Electronic Version], from <http://www.hipocampo.org/articulos/articulo0311.asp>
- 28- Services, D. o. H. H. Manual del cuidador. Una guía para cuidadores y otros cuidadores no pagados que se dedican al cuidado de adultos o ancianos incapacitados [Electronic Version], from <http://pidex.es/downloads/manualdelcuidadordeadultosoancianosincapacitad.pdf>
- 29- Stennis, G., Cholerton, B., Reger, M., & Baker, L. (2005). Preserved Cognition in Patients With Early Alzheimer Disease and Amnesic Mild Cognitive Impairment During Treatment With Rosiglitazone [Electronic Version], from Bases de datos Pubmed
- 30- Saxton, J., Snitz, B., Lopez, O., Ives, D., & Dunn, L. (2009). Functional and cognitive criteria produce different rates of mild cognitive impairment and conversion to dementia [Electronic Version]. *Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 737-743, from <http://www.jnnp.bmj.com.htm>
- 31- Santamarina, R. D., D. Scharovski, et al. (2007). Deterioro Cognitivo en pacientes con accidente cerebrovascular en el cerebelo. Departamento de Neurología. Mar del Plata.
- 32- Vega, J. L. and B. Bueno (1996). Desarrollo Adulto y Envejecimiento. Madrid.
- 33- Zayas, P. (2011). El proceso del análisis y la descripción con las especializaciones para confeccionar la matriz de las competencias y construir el perfil del cargo de ocupación. Ejemplo de dependiente gastronómico en la rama turística [Electronic Version]. *Revista de Investigación en Turismo y Desarrollo Local*, 4. Retrieved 28 de mayo del 2011, from <http://www.eumed.net/rev/curydes/09/pmza-resum.htm>.

Anexos

Anexo 1

Revisión del Expediente Social del paciente

Indicadores a revisar:

❖ **Anciano**

- Edad del anciano.
- Sexo del anciano.
- Tiempo en la institución.
- Enfermedades del anciano.
- Lugar de residencia.
- Condiciones materiales y solvencia económica.

❖ **Cuidador**

- Edad del cuidador.
- Sexo del cuidador.
- Ocupación del cuidador.
- Centro de trabajo del cuidador.
- Número de personas dentro del núcleo familiar.

Anexo 2

Entrevista semi-estructurada a la trabajadora social de la casa de abuelos # 2

Objetivo de la entrevista semiestructurada:

- Obtener información general en relación con los ancianos y cuidadores principales.

Indicadores:

- Vínculo Institución- anciano
- Relación cuidador- anciano
- Apoyo familia-anciano
- Tiempo del paciente en la institución
- Normas y requisitos de la institución

Anexo 3

Entrevista semi-estructurada # 1 al cuidador del paciente con DCL.

Objetivos de la entrevista semiestructurada:

1. Presentar a la familia los objetivos de la investigación
2. Demostrar los beneficios de la investigación para el paciente y la familia
3. Obtener el consentimiento informado por parte de la familia
4. Alcance de la investigación

Anexo 4

Entrevista estructurada # 1 al cuidador del paciente con DCL

Objetivo de la entrevista estructurada:

1. Explorar las variables sociodemográficas del cuidador del paciente con DCL en relación a su actividad.

Indicadores:

- Sexo del cuidador
- Lugar de residencia
- Parentesco
- ¿Trabaja usted actualmente? ¿Qué cargo desempeña?
- ¿Cuáles son los ingresos económicos del hogar?
- ¿Qué hace en su tiempo libre?
- ¿Cuál es su nivel escolar?
- ¿Qué edad tiene usted?
- ¿Padece usted de alguna enfermedad? ¿Cuáles?
- ¿Consume usted algún medicamento? ¿Cuál?
- ¿Qué tiempo lleva usted ejerciendo el rol de cuidador?
- ¿Cómo es su estado de ánimo? ¿Desde cuándo se siente así?
- ¿Realiza la función de cuidador solo o comparte esta función? ¿Con quién la comparte?
- ¿Cuántas personas viven con usted? ¿Quiénes son?
- ¿Cuántas horas diarias permanece al cuidado del paciente?
- ¿Cuántas personas cuida?
- ¿Ha cuidado a otras personas? .Especifique
- ¿Ha recibido ayuda profesional? Especifique
- ¿Tiene usted algún malestar? ¿Relaciona este síntoma con algún evento?
- ¿Ingiere usted algún medicamento para esto? ¿Con prescripción médica?

Anexo 5

Entrevista semi-estructurada # 2 al cuidador del paciente con DCL

Objetivo de la entrevista semi-estructurada:

1. Caracterizar la relación existente entre cuidador-paciente.

Indicadores:

- Desempeño del cuidador
- Habilidades del cuidador
- Manejo del paciente
- Relación cuidador-paciente

Anexo 6

Entrevista semi- estructurada # 3 al cuidador del paciente con DCL

Objetivo de la entrevista:

1. Indagar en las necesidades de cuidadores de pacientes con DCL con respecto a la actividad que realizan.

Indicadores:

- Explique con sus palabras en qué consiste el Deterioro Cognitivo Leve.
- Describa algunas de las tareas que Ud. realiza para el cuidado del paciente.
- ¿Tiene algún conocimiento de la evolución del DCL?
- ¿Posee alguna información que le ayude al cuidado del paciente?
- ¿Con sus palabras podría mencionar algún ejercicio que alargue la evolución de la enfermedad?
- ¿Se siente usted sobrecargada de tareas? Especifique.
- ¿Siente usted algún malestar físico o emocional? ¿Lo relaciona a algún evento específico?
- ¿Posee tiempo libre para realizar otras actividades que no estén relacionadas con el cuidado del paciente?
- ¿Qué necesita usted para un mejor cuidado del paciente?
- ¿Ha recibido o solicitado ayuda para el cuidado del paciente?
- ¿La actividad de cuidado puede tener efectos negativos sobre Ud.?
- ¿Qué hace usted habitualmente en su tiempo libre para sentirse mejor?

Anexo 7

Tabla 8 Evaluación de los cuidadores.

No.	Parentesco	Sexo	Escolaridad	Edad	Enfermedades	Tratamiento
1	Ninguno	F	9no grado	53	Si	Si
2	Hijo	M	Universitario	59	No	No
3	Hijo	M	12 Grado	62	Si	Si
4	Hija	F	Técnico Medio	48	Si	Si
5	Hija	F	Universitaria	66	Si	Si
6	Hija	F	12 Grado	46	Si	Si
7	Nuera	F	Universitaria	42	Si	Si
8	Nuera	F	6 Grado	72	Si	Si
9	Hermana	F	8vo Grado	81	Si	Si
10	Hermano	M	6 Grado	77	Si	Si
11	Hija	F	Universitaria	41	No	No
12	Sobrina	F	Universitaria	58	Si	Si
13	Cuñado	M	10 Grado	58	Si	Si

Tabla 8 Continuación

No.	Tipo de enfermedades	Apoyo familiar	Ingresos percibidos	Antecedentes	Trabajo	Ayuda profesional
1	Hipertensión Arterial, Diabetes, Asma grado III.	No	R	No	Si	No
2	-----	No	B	No	Si	No
3	Hipertensión Arterial.	Si	R	No	Si	No
4	Asma Bronquial.	No	R	Si	No	No
5	Hipertensión Arterial.	No	B	No	No	No
6	Paciente Oncológica	Si	B	No	Si	No
7	Alergia	Si	R	No	Si	No
8	Hipertensión Arterial, Ernia discal, Hipotiroidismo.	No	M	Si	No	No
9	Cardiopatía, Artritis, Hipertensión Arterial.	No	M	Si	No	No
10	Hipertensión Arterial.	Si	R	No	Si	No

11	-----	Si	B	Si	No	No
12	Cardiopatía Isquémica	Si	B	Si	Si	Si
13	Hipertensión Arterial.	Si	M	No	Si	No

Anexo 8

Tabla 9 Evaluación de los pacientes

No	Sexo	Enfermedades	Tratamiento	Tiempo en la Institución
1	M	No	No	4 años y 5 meses.
2	F	Si	Si	4 años y 5 meses.
3	F	Si	Si	4 años y 5 meses.
4	M	No	No	4 años, 1mes, 24 días.
5	F	No	No	4 años, 1 mes, 22 días.
6	M	No	No	3 años y 11 meses.
7	F	Si	Si	3 años y 10 meses.
8	M	Si	Si	3 años y 10 meses.
9	M	Si	Si	3 años y 10 meses.
10	M	No	No	2 años 10 meses.
11	M	Si	Si	1 año y 1 mes.
12	M	Si	Si	1 año y 7 meses.
13	F	No	No	1 año y 1 mes.

Anexo 9

Universidad Central Marta Abreu de las Villas

Santa Clara. Villa Clara

Estimado colega:

A continuación se presenta una serie de temas que aborda el “Manual orientado a los cuidadores de pacientes con Deterioro Cognitivo Leve, para un manejo adecuado de los mismos” de estos temas Ud. como especialista debe enumerar en una escala del 1 al 3 los temas más importantes y que no deben faltar, al final debe incluir aquellos que no se aborden en el manual y por su relevancia deben estar presentes en el mismo.

1 es poco importante

2 es importante

3 es muy importante

TEMÁTICAS ABORDADAS

Puntuación

Introducción	
¿Todos los adultos mayores tienen problemas de memoria?	
¿Por qué se producen estos problemas de memoria en los adultos mayores?	
¿Qué tipo cosas son las que más se olvidan?	
¿El anciano que padece de problemas de memoria tiene demencia?	
¿Qué necesito conocer del Deterioro Cognitivo?	

¿ Qué es el Detrimento Cognitivo Leve, DCL?	
¿Qué características presenta el Deterioro Cognitivo Leve?	
¿Qué causas provocan la enfermedad?	
¿Existen otros tipos de Deterioro Cognitivo?	
¿Existe algún tratamiento?	
¿Qué es la estimulación cognitiva?	
¿Qué otro tipo de tratamiento pueden recibir los pacientes?	
¿Qué beneficios tiene para el anciano este tratamiento?	
¿Puedo considerarme un cuidador? ¿Qué consecuencias trae consigo ser cuidador?	
¿Cómo se afecta el cuidador?	
¿Qué consejos son importantes para los cuidadores?	
¿Qué ejercicios pueden realizar los cuidadores que beneficien su salud?	
¿Qué no se debe olvidar al cuidar de un adulto mayor?	
¿Qué podemos hacer dentro de la familia para ayudar a nuestro anciano con DCL?	
¿Cuál es la mejor forma de comunicarme con él?	
¿Cómo puedo controlar el comportamiento del anciano cuando este resulta ser difícil?	
¿Qué indicaciones puedo seguir cuando mi familiar se muestra	

demasiado ansioso o exigente?	
¿Qué medidas de seguridad debo tomar para proteger a mi familiar anciano de accidentes?	
¿Qué debo hacer para que el adulto mayor duerma mejor?	
¿Qué puedo hacer para reducir, retrasar situaciones de dependencia y propiciar el cuidado personal del anciano?	
¿A dónde debo ir para recibir ayuda?	
Glosario de Términos	
Bibliografía	

Otras temáticas que no están presentes y deben estar incluidas en el manual.

Nombre y apellidos	
Categoría docente	
Grado científico	

Anexos

Institución donde labora	
Años de experiencia	

Gracias por su colaboración.

Anexo 10 Pruebas no paramétricas

Notas

Resultados creados		06-JUN-2011 19:58:07
Comentarios		
Entrada	Filtro	<ninguna>
	Peso	<ninguna>
	Segmentar archivo	<ninguna>
	Núm. de filas del archivo de trabajo	7
Manipulación de los valores perdidos	Definición de los perdidos	Los valores perdidos definidos por el usuario será tratados como perdidos.
	Casos utilizados	Los estadísticos para todas las pruebas se basan en casos sin datos perdidos para las variables usadas.
Sintaxis		NPAR TESTS /KENDALL = P01 P02 P03 P04 P05 P06 P07 P08 P09 P10 P11 P12 P13 P14 P15 P16 P17 P18 P19 P20 P21 P22 P23 P24 P25 P26 /STATISTICS DESCRIPTIVES /MISSING LISTWISE.
Recursos	Tiempo transcurrido	
		0:00:00,05
	Número de casos permitidos(a)	25385

a Basado en la disponibilidad de memoria en el espacio de trabajo.

Estadísticos descriptivos

	N	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
P01	7	2,86	,378	2	3
P02	7	2,14	,378	2	3
P03	7	2,86	,378	2	3
P04	7	2,14	,378	2	3
P05	7	2,86	,378	2	3
P06	7	2,14	,378	2	3
P07	7	3,00	,000	3	3
P08	7	2,43	,535	2	3
P09	7	1,43	,535	1	2
P10	7	3,00	,000	3	3
P11	7	2,29	,488	2	3
P12	7	3,00	,000	3	3
P13	7	2,00	,000	2	2
P14	7	2,86	,378	2	3
P15	7	2,00	,000	2	2
P16	7	3,00	,000	3	3
P17	7	2,57	,535	2	3
P18	7	2,86	,378	2	3
P19	7	2,57	,535	2	3
P20	7	2,57	,535	2	3
P21	7	2,14	,378	2	3
P22	7	2,00	,816	1	3
P23	7	2,43	,535	2	3
P24	7	2,71	,488	2	3
P25	7	2,43	,535	2	3
P26	7	2,29	,488	2	3

Prueba W de Kendall**Rangos**

	Rango promedio
P01	18,00
P02	9,00
P03	18,00
P04	9,07
P05	17,93
P06	9,00
P07	19,79
P08	12,71
P09	3,43
P10	19,79
P11	10,79
P12	19,79
P13	7,21
P14	18,00
P15	7,21
P16	19,79
P17	14,43
P18	18,07
P19	14,43
P20	14,36
P21	9,07
P22	8,71
P23	12,71
P24	16,21
P25	12,71
P26	10,79

Estadísticos de contraste

N	7
W de Kendall(a)	,511
Chi-cuadrado	89,382
gl	25
Sig. asintót.	,000

a. Coeficiente de concordancia de Kendall

El Manual

Manual

Para aquellos cuidadores que necesitan conocer
sobre el Deterioro Cognitivo Leve o Ligero
(DCL).



*Porque estamos “andando el camino” y porque nos preocupamos,
le ofrecemos este Manual a los cuidadores.*

Introducción



Introducción



El envejecimiento humano es un fenómeno universal e inevitable. Estudios demográficos revelan un aumento significativo de la población mayor de 60 años, no sólo en países desarrollados, sino también en vías de desarrollo.

La función cognitiva es la capacidad de realizar funciones intelectuales como pensar, recordar, percibir, comunicar, orientarse, calcular, entender y resolver problemas. Esta función cognitiva cambia con la edad. Si bien algunos individuos envejecen «exitosamente», es decir muchas de sus funciones cognitivas permanecen igual que en su juventud; la mayoría no aprenden cosas como antes y le cuesta más trabajo realizar determinada actividad, mientras que otros sufren de Deterioro Cognitivo Leve e incluso muchos de ellos llegan a padecer la enfermedad de Alzheimer que deteriora severamente a la persona.

Para la familia en general es difícil observar que su familiar transita por todos estos cambios y la práctica cotidiana muestra que son las mujeres y habitualmente una de las hijas del matrimonio las que asumen la responsabilidad de cuidar de este anciano. Estudios realizados revelan que la persona que asume el rol de cuidador ha de hacer frente a una gran cantidad de tareas, que desbordan con frecuencia sus posibilidades reales. Aparte de las dificultades relacionadas con el cuidado de su familiar mayor, el cuidador tiene que hacer frente a conflictos familiares y de pareja, problemas laborales, económicos, aislamiento social, disminución del tiempo de ocio, entre otros.

Variados han sido los medios empleados por los especialistas a nivel mundial para ofrecer información y ayuda a los cuidadores de pacientes con Deterioro Cognitivo Leve. Dentro de estos se encuentran la elaboración de Guías psicoeducativas, Manuales, Folletos, que de manera didáctica brindan orientación.

Es por esto que este manual ha sido elaborado especialmente para todos los cuidadores y familiares en general de pacientes con Deterioro Cognitivo Leve, con el objetivo de orientarlos para el manejo adecuado de dichos ancianos. Es importante destacar que el costo del cuidado de estos enfermos desde una perspectiva familiar y social es elevado,

sobre todo por la repercusión que supone en el bienestar psicológico y la calidad de vida de la persona responsable del cuidado. Es por eso que resulta imprescindible que estos familiares se informen y aprendan las características de la enfermedad y las técnicas para el manejo de los enfermos. Deben además saber pedir ayuda, muchas veces el apoyo permitirá aliviar la sobrecarga. Por lo anterior surge la necesidad de facilitar este Manual unido a la importancia de sensibilizar tanto a los familiares como a la sociedad, para disminuir la sobrecarga que experimenta el cuidador principal.

TEMÁTICAS ABORDADAS

¿Todos los adultos mayores tienen problemas de memoria?

¿Por qué se producen estos problemas de memoria en los adultos mayores?

¿Qué tipo de cosas son las que más se olvidan?

¿El anciano que padece de problemas de memoria tiene demencia?

¿Qué necesito conocer del Deterioro Cognitivo?

¿Qué es el Deterioro Cognitivo Leve, DCL?

¿Qué características presenta el Deterioro Cognitivo Leve?

¿Cuáles son los factores de riesgo para el Deterioro Cognitivo?

¿Existen otros tipos de Deterioro Cognitivo?

¿Qué tratamientos se emplean actualmente para atender el Deterioro Cognitivo Leve?

¿Cómo estimular los procesos cognitivos del paciente?

¿Qué beneficios tiene para el anciano este tratamiento?

¿Qué otro tipo de tratamiento pueden recibir los pacientes?

¿Puedo considerarme un cuidador? ¿Qué consideraciones debo tener en cuenta al cuidar a mi familiar con Deterioro Cognitivo Leve?

¿Qué no se debe olvidar al cuidar de un adulto mayor?

¿Qué podemos hacer dentro de la familia para ayudar a un miembro con Deterioro Cognitivo Leve?

¿Cuál es la mejor forma de comunicarme con él?

¿Cómo puedo controlar el comportamiento del anciano cuando éste resulta ser difícil?

¿Qué indicaciones debo seguir cuando mi familiar se muestra demasiado ansioso o exigente?

¿Suele perjudicarse el estado emocional del anciano con el avance del Deterioro Cognitivo Leve?

¿Qué medidas de seguridad debo tomar para proteger al anciano de accidentes?

¿Qué puedo hacer para que el adulto mayor duerma mejor?

¿Qué debo hacer para reducir o retrasar situaciones de dependencia y propiciar el cuidado personal del anciano?

¿Qué consecuencias trae consigo ser cuidador?

¿Cómo se afecta el cuidador?.

¿Qué consejos son importantes para los cuidadores?

¿Qué ejercicios pueden realizar los cuidadores que beneficien su salud en general?

Apoyo Familiar

Apoyo Asistencial

¿A dónde debo ir para recibir ayuda?

Glosario de Términos

Bibliografía

Los olvidos en la Tercera Edad





¿Todos los adultos mayores tienen problemas de memoria?

La capacidad de memorizar va disminuyendo con los años. En realidad, cuando decimos que con la edad disminuye la memoria no queremos decir que esto les suceda a todas las personas. Hay muchos individuos que conservan unas facultades intelectuales prodigiosas durante toda su vida. Pero hay una mayoría que tienen, por muy diversas causas, peor memoria en la vejez que en la juventud, esos problemas de memoria les producen numerosos olvidos, como por ejemplo (olvidar el nombre de las personas, dónde se ha puesto un objeto, olvidarse de apagar la luz o el gas, etc.). Decimos que estas personas tienen "Pérdida o alteración de la Memoria Asociada a la Edad".

¿Por qué se producen estos problemas de memoria en los adultos mayores?

En los mayores ocurren cambios orgánicos como transformaciones en el cerebro que dificultan los procesos de memoria, tal es el caso de la disminución de neuronas, problemas de vista y oído que impiden registrar bien la información, entre otros.

También otra de las causas que producen los problemas de la memoria en los adultos mayores son los cambios psicológicos o de comportamiento, donde hay una menor utilización de las facultades que cuando se era joven, la aparición del estrés, las preocupaciones, la falta de empleo y el poco uso de la memoria, por solo mencionar algunas. Es importante reiterar también otro factor, el factor relacionado con la edad, donde se produce una **"lentitud en el procesamiento de la información"**.

En resumen, no hay una única causa sino que intervienen diferentes factores. Algunos de estos se pueden cambiar y, por lo tanto, mejorar la memoria, mientras que otros no pueden modificarse.

¿Qué tipo cosas son las que más se olvidan?

Los olvidos más comunes son:

- Tener una palabra en la punta de la lengua, no poder recordarla.
- Olvidar los nombres de personas.

- No saber dónde se ponen las cosas, por ejemplo, los espejuelos, la tarjeta de abastecimiento, etc.
- Tener que comprobar varias veces si se ha hecho una determinada tarea, como apagar el gas, cerrar la puerta.
- Olvidar un mensaje o un recado recibido ayer o hace unos días y a veces tener que pedir que lo repitan.
- No recordar un cambio en las actividades, por ejemplo, que hoy se debe hacer una tarea especial o ir a un sitio específico, y seguir la rutina.
- Olvidar cuándo ocurrió algo, si fue la semana pasada o antes.
- Olvidar lo que se acaba de decir.

¿El anciano que padece de problemas de memoria tiene demencia?

Tener estos olvidos comentados anteriormente, no quiere decir que sea una persona demenciada, estos problemas se dan en personas sanas, sin enfermedades orgánicas ni psicológicas, y está comprobado que si estas personas realizan Programas de Entrenamiento de Memoria, donde se les enseña a practicar estrategias y técnicas, mejoran mucho los problemas de olvidos que presentan.

En la demencia se ve afectada la memoria de modo mucho más grave y además se altera el juicio, el cálculo, la orientación, el control de las emociones, etc. Un estado intermedio entre los trastornos de la memoria por la edad y la Demencia es el **Deterioro Cognitivo Leve o Ligero (DCL).**

Aspectos generales del Deterioro Cognitivo Leve



¿Qué necesito conocer sobre el Deterioro Cognitivo?

Con el avance de la edad, los adultos se quejan de que su memoria “no es más la de antes”, los “olvidos” son muy frecuentes en el curso del envejecimiento normal, pero son también característicos de las etapas iniciales de los síndromes demenciales. El deterioro cognitivo presenta una alta prevalencia en el anciano y condiciona situaciones de grave incapacidad lo cual ocasiona una seria problemática socio-asistencial.

¿Qué es el Deterioro Cognitivo Leve?

“Es una entidad diagnóstica en el envejecimiento patológico, que se caracteriza por un deterioro cognitivo que no cumple criterios suficientes para ser identificado una demencia y que va acompañado de una relativa preservación funcional en el desempeño de las actividades de la vida diaria”.

¿Qué características presenta el Deterioro Cognitivo Leve?



El Deterioro Cognitivo Leve puede conllevar a la enfermedad del Alzheimer, aunque muchas veces la enfermedad progresa, algunos individuos se mantienen estables y otros mejoran. El deterioro es menor que en la enfermedad del Alzheimer u otra demencia, las actividades que se realizan en la vida diaria permanecen preservadas.

¿Cuáles son los factores de riesgo para el Deterioro Cognitivo?

Se llaman factores de riesgo aquellas circunstancias que hacen más probable que una persona padezca una enfermedad. Los más conocidos son los de **tipo vascular**:

- Hipertensión, que debe ser controlada de modo riguroso.
- Diabetes.
- Obesidad.
- Tabaquismo.

Otros factores de riesgo son:

- Historia de accidente cerebrovascular.
- Historia familiar de Enfermedad de Alzheimer.
- Demencias por enfermedades en el Sistema Nervioso.
- La Depresión.
- Enfermedades cerebrovasculares.
- El Alcoholismo.
- Golpes en la cabeza.
- Cambios que ocurren luego de operaciones en la cabeza.

¿Existen otros tipos de Deterioro Cognitivo?

- ***El deterioro cognitivo amnésico:*** este tipo de deterioro se produce fundamentalmente en la memoria, las actividades de la vida diaria permanecen normales, casi siempre progresa a la enfermedad de Alzheimer.
- ***El deterioro cognitivo de múltiples dominios:*** este tipo de deterioro no representa únicamente una disminución en la memoria sino, unido se observan otras dificultades como por ejemplo puede verse afectado también el lenguaje, la capacidad para realizar cálculos etc., pero nunca suficientemente como para diagnosticarse como demencia, estos individuos se mantienen normales en la comunidad.
- ***El deterioro cognitivo no amnésico:*** este tipo de deterioro se produce en áreas distintas de la memoria, ya que esta se mantiene conservada.

¿Qué tratamientos se emplean actualmente para atender el Deterioro Cognitivo Leve?

Para el tratamiento del DCL se han considerado el uso de múltiples alternativas terapéuticas que mejoran en gran medida el curso de la enfermedad, para ello se recomienda estimular cognitiva y afectivamente al enfermo mediante técnicas psicológico-cognitivas.



“La psicoestimulación”

La psicoestimulación se lleva a cabo con estos pacientes a través de una serie de actividades conocidas por “terapias no farmacológicas”, aunque también se les llama “estimulación cognitiva”, “entrenamiento de memoria” o “entrenamiento cognitivo”. También existen programas reglados que entrenan de manera exclusiva las alteraciones de la memoria. En todos estos programas se suelen entrenar actividades como la relajación, la atención, la percepción, el lenguaje, la visualización, la asociación, la categorización, la reestructuración cognitiva, la utilización de ayudas externas, etc.

(Leer, jugar a las cartas o al ajedrez, visitar museos, escuchar música o tocar algún instrumento, hacer crucigramas, ver la televisión, etc.), reducen la progresión de los efectos de la enfermedad. La aplicación sistemática de técnicas que estimulen los procesos cognitivos como la atención, la memoria, el pensamiento, el lenguaje, contribuyen a conservar la estimulación cerebral, permitiendo que la enfermedad no evolucione o lo haga de manera mucho más lenta, así como mejorar y mantener el estado físico, social y motivacional de la persona, logrando una mejor calidad de vida para el anciano y su familia.

¿Cómo estimular los procesos cognitivos del paciente?

Como se mencionaba anteriormente la estimulación cognitiva es una de las actividades que se utilizan para ayudar al anciano, la misma consiste en la realización de ejercicios orientados a mantener o mejorar las funciones cognitivas de los adultos mayores (por ejemplo, mejorar la memoria) y las habilidades necesarias para la vida diaria (como: el manejo del dinero,



comunicarse por teléfono, orientarse o no perderse en una ciudad, realizar las tareas domésticas, etc.)

Es importante que el enfermo mantenga una cierta actividad mental el mayor tiempo posible, un buen ejemplo sería la puesta en práctica de actividades psicoestimulantes que incluyen desde

la lectura de un libro, jugar ajedrez, realizar crucigramas entre otras actividades.

¿Qué beneficios tiene para el anciano este tratamiento?

El énfasis se pone en mejorar o mantener las actividades que el anciano realiza en el contexto de su vida diaria. Estos resultados positivos influyen favorablemente en la forma de ver los pacientes su situación, reforzando su autoestima y reduciendo el estrés que comúnmente experimentan por los déficits percibidos.

¿Qué otro tipo de tratamiento pueden recibir los pacientes?

En Cuba, los profesionales de la salud que laboran con estos ancianos y sus familiares, aplican **el tratamiento no farmacológico**, en este se utilizan las técnicas de la terapia de orientación a la realidad, la psicoestimulación mediante las artes y la consulta de logopedia, así como los talleres de entrenamiento de la memoria, con el uso de diversas técnicas y propuestas de adaptación al entorno físico y humano, las cuales tienen que ver con las actividades de los ancianos en la vida cotidiana. También se emplean vías de comunicación y técnicas de validación, e intervenciones propias de psicoterapias específicas.

Terapia ocupacional

Es un tratamiento que consiste en el uso de las diversas manifestaciones del arte (música, dibujo, pintura, danza, cuentos) como terapia. Su objetivo es el de estimular funciones como la atención y concentración, memoria y lenguaje en el paciente con deterioro cognitivo. Se llevan a cabo en espacios parecidos a los talleres de actividad artística. Dentro de esta se encuentran:

Taller de musicoterapia: Con una amplia aplicación en la práctica clínica, la musicoterapia consiste en el uso de la música para conseguir favorecer en el paciente la mejoría en la comunicación, las relaciones con los individuos, el mantenimiento y mejora de la atención, concentración, memoria.

Taller de arteterapia: Consiste en la utilización de recursos de las artes plásticas (el dibujo y la pintura), con fines terapéuticos. Constituye un espacio donde con medios técnicos básicos: pintura, papel, y acompañado de un especialista entendido en aplicación de

técnicas de creación artística, estimula las capacidades del paciente: atención, y capacidades visuales y espaciales.

Taller de cuentos y leyendas: Son narraciones cortas de sucesos reales o imaginarios con la finalidad de entretener, hacer reír y educar, pero también con su carácter curativo. Es un espacio de expresión verbal y extraverbal, donde los anciano se relacionan con los demás, participan de actividades que favorecen el uso de su imaginación y creatividad. Trabaja además la memoria reciente y pasada. Permite al que escucha mantener la atención y concentración. Durante la narración del cuento, el narrador se puede acompañar de objetos, marionetas, entre otros. Su mejor realización será mediante la escenificación teatral de los personajes del cuento.

Taller de danzoterapia: De igual modo posee gran utilidad en el tratamiento del deterioro cognitivo. En Cuba los ritmos tradicionales como el danzón, cha cha cha, mambo, mozambique, pilón, danzonete, guaracha, rumba y son, constituyen los bailes populares más afines al anciano. Busca el desarrollo del vínculo entre las personas por medio del movimiento, la rememorización de acontecimientos vividos, la mejoría del estado emocional, la liberación de tensiones y energía física así como el equilibrio y la orientación en el espacio.

Actualmente, a partir de trabajos desarrollados por diversos especialistas que intervienen en la rehabilitación cognitiva en el campo de los deterioros cognitivos ligero y demencial, se destaca la importancia de los métodos y técnicas expuestos con anterioridad.

El cuidador del paciente con Deterioro Cognitivo leve. Aspectos esenciales para un mejor cuidado



¿Usted realiza alguna de estas tareas?

- Llevar al anciano al doctor.
- Lavarle la ropa o limpiarle la casa.
- Hacerle los mandados.
- Cocinarle.
- Supervisarle la toma de medicamentos.
- Ayudarle a usar el baño, etc.



¡Entonces usted es un cuidador!

¿Qué no se debe olvidar al cuidar de un adulto mayor?

- ❖ Trátelo con dignidad.
- ❖ Escuche sus preocupaciones.
- ❖ Pídale su opinión y hágale saber que ésta es importante para usted.
- ❖ Hágale participar de tantas decisiones como sea posible.
- ❖ Inclúyalo en la conversación.
- ❖ No hable de ella como si no estuviera presente.
- ❖ Háblele como a un adulto, incluso cuando usted no esté seguro de cuánto entiende.

¿Qué puede hacer la familia para ayudar al paciente con Deterioro Cognitivo Leve?

A continuación le ofrecemos una serie de Ejercicios que Ud. y sus familiares pueden realizar al enfermo en el hogar. Para seleccionarlos deberá tener en cuenta las capacidades y habilidades que posee el paciente.

➤ **Ejercicio # 1**

Procedimiento: Consiste en pedirle al paciente que escriban 5 frutas que empiecen con M. Posteriormente se le indica que escriban 3 animales que empiecen con la letra C y de igual forma que escriba nombres de personas que comience con la letra A. Es preciso también realizar un ensayo antes de comenzar el ejercicio.

➤ **Ejercicio # 2**

Procedimiento: Consiste en leerle a los adultos mayores pequeñas historias y acompañadas de preguntas que estos deben contestar.

Historia #1: Ernesto Che Guevara era un revolucionario y líder político, conocido con el nombre del Che. Nació en Argentina. Perteneció al movimiento 26 de julio. Luchó junto a Fidel en contra de Batista. Murió en Bolivia.

Preguntas:

1. ¿Quién era Ernesto Che Guevara?
2. ¿Cómo le decían?
3. ¿Dónde nació?
4. ¿Con quién luchó?
5. ¿Contra quién luchó?
6. ¿Dónde murió?

Historia #2: Pedro vive en el campo, allí trabaja la tierra, cultiva arroz y lo vende en el pueblo. En sus tierras tiene caballos y ganado. Por las tardes Pedro conversa con otros campesinos y canta décimas.

Preguntas:

1. ¿Dónde vive Pedro?
2. ¿Qué cultiva Pedro?
3. ¿Qué animales tiene en sus tierras?
4. ¿Qué hace Pedro por las tardes?

➤ **Ejercicio # 3**

Procedimiento: Se le dice al anciano 2 palabras ej., Abuela- fogón y se le pide que busque qué relación tienen las mismas. Luego de esas 2 palabras se le dice una sola, para que digan cuál es la que falta. Es importante precisar que no es necesario que las imágenes tengan una lógica, sino que puede ser cualquier visión que les venga a la mente. Ejemplo de estas palabras:

Parejas de palabras:

Zapato- cuchillo

Tijera- caballo

Campesino-soga

Huevo- niño

Abuela- fogón

Tabaco- vaca

Perro- camisa

machete- carretón

➤ **Ejercicio # 4**

Procedimiento: se les presenta un mapa de una ciudad con diferentes lugares y recorridos. Se les indica que marquen determinados recorridos en el mapa. Recorridos:

Casa de los Abuelos- Tienda

Casa de los Abuelos- Banco

Parque- Mercado

Casa de los Abuelos- Hospital

Tienda- Hospital

Hospital- Mercado

➤ **Ejercicio # 5**

Procedimiento: Se les indica que escriban o mencionen palabras que terminen en **ta, po, sa**, tres palabras en cada caso.

➤ **Ejercicio # 6**

Procedimiento: Se le pide al adulto que relate tres acontecimientos importantes en su vida, uno de la infancia, uno de la juventud y uno de la adultez (acontecimientos positivos).

➤ **Ejercicio # 7**

Procedimiento: Se orienta a cada anciano que elabore una historia utilizando las siguientes palabras: Pedro, camino, árboles, felicidad. Es importante indicarles que deben mantener las palabras en el orden dado. Una vez que elaboren las historias se les preguntan cuáles eran las palabras.

➤ **Ejercicio # 8**

Procedimiento: Se le pide que complete oraciones, refranes o frases que tengan una palabra omitida. Las oraciones deberán ser presentadas una a una y en cada caso el sujeto tendrá que buscar la palabra que falta de manera que tenga coherencia con lo que dice la frase.

- El canto de los _____ se escucha en los campos de Cuba.
- Árbol que _____ torcido jamás su tronco endereza.
- El tenedor, la cuchara y el cuchillo son cubiertos que sirven para _____.

➤ **Ejercicio # 9**

Le presentamos una lista de palabras en una columna y en la otra con el significado de cada una de manera que no guarde correspondencia la palabra con su concepto. Se le explica al enfermo que en esta actividad debe relacionar la palabra que aparece en la columna de la izquierda con el concepto que le corresponde en el lado derecho.

palabras	conceptos
casa	Reunión de muchas hojas de papel cocidas y encuadern

	por lo común impresas.
árbol	Lugar en el que viven las personas
libro	Mueble de madera sostenida por uno o varios pies
mesa	Planta de tronco leñoso

➤ **Ejercicio # 10**

Procedimiento: Consiste en pedirle a la persona que diga el día de la semana, la fecha, la estación del año, el nombre del lugar en que se encuentra, la ubicación de sus pertenencias y otras informaciones adicionales.

➤ **Ejercicio # 11**

Procedimiento: Consiste en alagar aquellas actividades que el enfermo logre realizar de forma satisfactoria, evitando reaccionar inadecuadamente cuando lo realice de manera incorrecta. Es recomendable no regañar ni discutir con su familiar.

➤ **Ejercicio # 12**

Procedimiento: Consiste en la realización por parte del enfermo de actividades manuales, juegos con pinturas, con barro y costura, con supervisión continua de la familia.

Los niños o adolescentes de la casa pueden jugar un papel importante en la psicoestimulación del anciano, por tanto es más factible que estos ejercicios lo realicen jóvenes y niños ya que logran mayor motivación en los enfermos.

Existen otras estrategias que permiten mantener activo a su familiar enfermo

Actividades instrumentadas, como buscar el pan, escoger y lavar el arroz o las viandas, poner la mesa, tender la cama, doblar la ropa. Estas actividades son de gran utilidad en los ancianos que padecen esta enfermedad, además que es importante que se sientan útiles. Pueden ser realizadas en compañía de otra persona para velar por la seguridad del enfermo, pero siempre respetando al máximo su independencia. Tenga presente que puede que su enfermo las realice incorrectamente, pero Ud. no debe censurarlo, regañarlo o demostrarle molestia. Debe conservar la paciencia y utilizar el elogio para estimularlo a la realización de la actividad.



¿Cuál es la mejor forma de comunicarme con el paciente?

En el deterioro cognitivo, la persona mayor va perdiendo la facultad para expresarse y recibir estímulos comunicativos. Por ello, es conveniente que el cuidador adapte su forma de hablar al estado en el que se encuentra el mayor. “En las personas mayores, el deterioro cognitivo es, desgraciadamente, una realidad muy presente; por ello, el cuidador debe conocer los signos y síntomas que muestran la existencia de este problema”.

“El cuidador ha de distinguir en su relación entre la enfermedad y la persona, entendiendo que muchos de los comportamientos del mayor son fruto de la enfermedad, no de la personalidad del mismo. A partir de ahí, ha de saber qué técnicas y estrategias se pueden poner en marcha para que la comunicación y, por tanto, la relación entre el mayor dependiente y el cuidador sea lo mejor posible en cada momento”.

El cuidador puede comunicarse con el anciano a través de las diferentes técnicas de comunicación:

1. El cuidador debe hablar de forma clara y pausadamente, con mensajes cortos y simples. Debe mantener el contacto visual cara a cara, para conservar la atención y concentración. Los mensajes más importantes deben ir al inicio de la frase, si esta es larga y compleja, repetir las informaciones necesarias, dejar tiempo para que se comprenda lo que se le dice.

2. La reinterpretación del lenguaje y la conducta es otra de las técnicas para una adecuada comunicación, la misma consiste en no tomar en cuenta los errores que pueda cometer el anciano a través del lenguaje, e intentar interpretar su significado, con la atención a sus palabras y las expresiones y gestos más importantes que realice el paciente a su cargo.
3. La estimulación de la expresión es otra de las técnicas, consiste en incitar y animar al paciente a las respuestas y repeticiones aunque sean incorrectas. Se resalta la expresión correcta en vez de corregir los errores. Se ayuda diciendo la palabra que tiene dificultad en recordar, en vez de esperar a que lo haga por sí mismo. Ayudarle a encontrar el hilo de la conversación. No molestarse por las dificultades que muestre el paciente en la expresión y comprensión. Darle tiempo suficiente para que se exprese. Se estimula a la conversación hablando de temas familiares y de su interés.
4. El retomar experiencias pasadas como contacto con el presente, comprenda las situaciones actuales tratando de relacionarla con recuerdos anteriores que hayan sido de importancia para el anciano. El cuidador debe ayudarse de gestos para hacerse entender al anciano, por medio de movimientos, expresiones del rostro y posturas positivas, suaves; al mostrar buen ánimo, alegría, sonrisa, amabilidad, relajación, proximidad, gestos de seguridad, va a favorecer la comunicación y facilitar un clima de buen humor.

Algo que ayuda mucho con respecto a la comunicación con el anciano se basa en una actitud de respeto, poniéndose en el lugar del paciente.

Otras de las técnicas que se deben emplear para comunicarse con el anciano son:

1. El parafrasear o repetir lo esencial de lo que acaba de decir el paciente al emplear sus mismas palabras, imitar el tono de voz y la cadencia del habla para hacer que el anciano se sienta más seguro.
2. Imaginar lo opuesto de un pensamiento (pensamiento negativo) y sustituirlo por otro positivo sobre una determinada situación, para así evitar problemas.
3. Observar e imitar los movimientos y emociones de la persona para crear confianza mediante la imitación al paciente, con la mejoría de la comunicación interpersonal.

4. Emplear el equívoco, donde ante comentarios o expresiones del paciente carentes de significado, podemos hacer comentarios o preguntas sin sentido que permitan mantener la comunicación y evitar la discusión con el paciente.

Cuando el adulto mayor se da cuenta que ya no es tan dependiente como antes y necesita de la ayuda de otras personas para su cuidado, podría sentir una pérdida de control sobre su propia vida. Cuando una persona se enferma y se siente dependiente cambia toda su vida y todos a su alrededor cambian también. Si puede Ud. como cuidador principal reconocer estos motivos y aprender métodos para manejarlos, esto ayudará a ambos a mantener una relación más saludable y sobreponerse a un período difícil.

¿Cómo puedo controlar el comportamiento del anciano cuando este resulta ser difícil?

- No siempre se puede controlar la manera en que se comporta la otra persona, pero se puede controlar el modo en que uno responde a este comportamiento. Para esto debe evitar culpar la personalidad del anciano y acusarlo de ser una mala persona, además de culparse a sí mismo que no solucionará tampoco las cosas, recuerde que Ud. está haciendo lo mejor que puede en una situación difícil, que se asume cuando se cuida de una persona con DCL.
- Algunos individuos cuando dependen de otros se irritan fácilmente. Para esto no ignore sus sentimientos y decirle “no me importa” podría hacerlo enojar aún más. Sea flexible y pruebe con ¿qué puedo hacer para mejorar?, “veo que eso te molesta”, “¿por qué te pones así? esto le permitirá al anciano hablar sobre lo que le molesta y ayudarlo a desahogarse. Haga un esfuerzo y respete las exigencias del adulto mayor que para Ud. pueden ser insignificantes pero para él son importantes.
- Dale una oportunidad para que tome él mismo decisiones, un ejemplo podría ser ¿quieres bañarte ahora o después que termines de ver el televisor?
- Si el anciano se pone molesto cuando Ud. está estresado o apurado debe tratar de evitar estos eventos, esto podría reducir la frustración para ambos.
- Hacerle muchos requerimientos al anciano sobre cómo hacer cualquier actividad, ejemplo: cómo descansar, pelar los ajos, bañarse, etc., podría molestarlo, hágalo entonces cuando lo que Ud. le dice es muy importante, en caso que no lo sea déjelo pasar. Si observa que está perdiendo el control aléjese y respire profundo, no le grite al anciano.

La vejez patológica trae consigo la aparición de una serie de enfermedades. Presentar una enfermedad crónica y depender de otra persona podría hacer que esta se muestre más ansiosa de lo normal. Surge la preocupación por sus medicamentos, su presión arterial, sus niveles de glucosa en sangre, etc. Esta ansiedad puede hacer que el anciano se sienta inquieto o mareado, con escalofríos, taquicardia, la ansiedad también puede producir irritabilidad, depresión, problemas en el sueño, falta de concentración.

¿Qué indicaciones debo seguir cuando mi familiar se muestra demasiado ansioso o exigente?

- Trate de descubrir lo que lo hace sentir ansioso, ejemplo: ver una película violenta, escuchar noticias abrumadoras y trate de reducir o evitar estos momentos.
- Tenga en cuenta y acepte la necesidad de esta persona de controlar las cosas, recuerde que el anciano puede exigir que los espejuelos estén encima de la mesa porque si lo deja en otro lugar podría olvidar dónde los puso.
- Diríjase a él suavemente, sin alterarse, tranquilízalo diciendo: “todo estará bien”, “tenemos tiempo todavía”, acariciar el dorso de su mano o nuca podría tranquilizarlo.
- Recuerde siempre mantener su privacidad y espacio personal.

¿Suele perjudicarse el estado emocional del anciano con el avance del DCL?

Cuando el Deterioro Cognitivo Leve progresa la dependencia en el adulto aumenta, lo cual unido a ciertas condiciones médicas en algunos casos pueden conllevar a la depresión en el anciano. Una enfermedad que cause dolor crónico o alguna discapacidad también pueden conducir a la misma. Los síntomas de la depresión pueden ser difíciles de reconocer y estos ancianos pueden expresar su angustia emocional a través de problemas físicos.

Los síntomas o señales que indican que su familiar se encuentra deprimido pueden ser: Dolores o molestias físicas que no tienen fundamento de este tipo, variaciones en el apetito, cambios en el sueño, fatiga, somnolencia, falta de energía, tristeza constante, llorar sin motivo aparente, indiferencia hacia los demás, apatía (falta total de sentimientos), entre otros.

Los cambios en la forma de pensar también pueden considerarse síntomas importantes de la depresión, dentro de los cuales se encuentran: sentimientos de desesperanza, pesimismo, sentimientos de autorreproche (no valgo nada), sentir culpa inapropiada o excesiva, falta de concentración, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, entre otros.

Los cambios en el comportamiento pueden revelar la existencia de depresión sobre todo cuando: existe pérdida de interés en actividades que anteriormente le gustaban, el descuido de la apariencia, alejarse de las personas y de las actividades que anteriormente realizaba, aumento de la irritabilidad, hostilidad, discusión, en fin, estos son algunos de los cambios que debe tener en cuenta y estar al tanto, para así evitar que su familiar se deprima, en caso que suceda debe dirigirse al psicólogo o psiquiatra para que el mismo le oriente hacia el proceso de recuperación del anciano.

Nunca se debe olvidar que los síntomas corporales pueden ser un signo de depresión, pues los ancianos deprimidos tienen la tendencia a restar importancia a la tristeza, a la que muchas veces consideran una parte consustancial de la vejez, quejándose principalmente de los síntomas físicos, de que “algo no anda bien en la salud”, considerándose ellos mismos como enfermos físicos, lo que les hace frecuentar médicos de atención primaria, aplazando el inicio de un tratamiento antidepresivo eficaz y específico. Los médicos que no están familiarizados con esta condición no podrán realizar el diagnóstico precoz y el riesgo de suicidio puede emerger durante la supuesta enfermedad física, pues al no obtener mejoría alguna con los tratamientos impuestos, el anciano comienza a pensar que su enfermedad es maligna, que le ocasionará una prolongada agonía y opta por el suicidio para evitar los sufrimientos que él avizora.

En la vejez, se evidencia la depresión también relacionada a factores como las propias presiones sociales derivadas de la jubilación, la dependencia, la muerte de seres queridos, familiares o amigos, la pérdida de la seguridad económica, todas estas incrementan el riesgo de suicidio en el anciano.

La clave para tratar la depresión en el anciano consiste en identificar estos síntomas y actuar a tiempo.

¿Qué medidas de seguridad debo tomar para proteger al anciano de accidentes?

1. Mantenga los medicamentos bajo llave. Hágale una lista con todas las medicinas que esté tomando el paciente.
2. Mantenga bajo llave todos los venenos como insecticidas, fertilizantes, diluyentes de pintura o líquidos de limpieza.
3. Limpie el refrigerador semanalmente y deseche los alimentos en mal estado, la intoxicación por alimentos es un peligro real cuando existen dificultades en la memoria.
4. Guarde bajo llave herramientas que puedan ser peligrosas.

¿Qué puede hacer el cuidador para que el adulto mayor duerma mejor?

El adulto mayor debe solo usar la cama para dormir, además es recomendable reducir el tiempo que está en ella, ofreciéndole actividades físicas que el anciano pueda realizar. No se debe dejar que el adulto mayor coma antes de acostarse, producto de que la digestión se produce en esta etapa de la vida de forma más lenta. Es importante que el lugar de descanso sea silencioso, con una temperatura adecuada y bien ventilada. El cuidador debe permitirle al adulto mayor dormir siempre en un horario fijo, en caso que existan dificultades para alcanzar el sueño o durante el mismo, se debe consultar al médico. Las preocupaciones, las inquietudes pueden provocar que el anciano duerma mal, por tanto si estas se reducen se puede mejorar las dificultades en el sueño.

¿Qué debo hacer para reducir y retrasar situaciones de dependencia y propiciar el cuidado personal del anciano? (vestir, bañarse, alimentarse, usar el baño, es personal)

Aunque en el Deterioro Cognitivo Leve las actividades de la vida cotidiana permanecen conservadas, a medida que avance la enfermedad en algunos ancianos pueden aparecer necesidades de dependencia en relación a su cuidador principal. Ante esto es necesario que el anciano mantenga una rutina fija y ordenada de actividades, las cuales son recomendables que las realice solo aunque se tarde más tiempo. Entre estas actividades se encuentran:

El vestir

El cuidador debe dejar que la persona se vista solo, en caso que necesite ayuda muéstrele cómo se hace y guíelo a través de ejemplos. Fíjese en los zapatos del anciano, asegúrese de que no tenga la suela suelta y esto pueda provocarle una caída. Evite que el anciano use ropa con cierres complicados, alcáncele las piezas de vestir según el orden que debe ponérsela si es necesario. La ropa con cierres delante y los zapatos sin cordones son muy cómodos y seguros.

La alimentación

Para contribuir a una buena alimentación:

- Incluya una variedad de alimentos en su dieta.
- Utilice el azúcar lo menos posible.
- Utilice la sal y los alimentos que contienen la misma con moderación.
- Reduzca la grasa en los alimentos.
- Las frutas y vegetales suelen ser muy saludables en la alimentación.
- Nunca apure al anciano mientras esté comiendo, la comida debe ser una actividad agradable y el apetito, a menudo, mejora cuando la hora de la comida es relajada. Si es posible, de vez en cuando como usted también con el anciano.



Una adecuada cantidad de líquidos son esenciales para mantener la piel saludable y mejorar el estado general de la persona. Tenga presente que algunos medicamentos puede deshidratar al anciano y por tanto los riñones del mismo necesitan más líquidos para su buen funcionamiento.

No le llame la atención cuando la persona derrame la comida o se niegue a comer.

Si el anciano muestra dificultades en la manipulación de los cubiertos, fomente actividades de cocina donde pueda realizar pasos como pelar, picar, que estimulen el entrenamiento con los mismos.

Higiene y arreglo personal

Bañarse muchas veces a esta edad se convierte en una de las actividades que más oponen resistencia por parte de los pacientes. Es importante evaluar la seguridad en el momento del baño, puede ser oportuno ubicar una silla en el baño para disminuir los requerimientos de la actividad. Asegúrese de que el pasillo y el baño estén bien iluminados, retire las alfombras pequeñas que puedan producir tropiezos. Estimule al paciente a peinarse, afeitarse, lavarse los dientes de forma independiente. Trate de tenerle preparado todos los utensilios antes de entrar al baño, respetando siempre su privacidad. Mantenga seco el piso del baño si le es posible, para así evitar caídas.

Higiene Bucal

Debe exigirle al paciente que cepille sus dientes aunque sea una vez al día, además debe verificar las prótesis dentales a menudo para descartar fisuras en las mismas. Cuando las prótesis se encuentran fuera de la boca asegúrese de mantenerlas en agua, estas deben encajar bien para evitar así problemas en la alimentación.

Cuidado del cabello

Mantenga el cabello del paciente corto para que se pueda peinar fácilmente y con un corte fácil de cuidar. Una visita a la peluquería resulta para los ancianos de mucha satisfacción.

Incontinencia

La incontinencia urinaria se asocia con frecuencia con la vejez o con alguna lesión de la médula espinal. Puede estar causada por contracciones espontáneas inapropiadas del músculo responsable del vaciamiento de la vejiga o ser el resultado de una retención urinaria; la incapacidad para vaciar la vejiga causa incontinencia por rebosamiento. La retención urinaria también puede estar motivada por algunos fármacos o por hipertrofia de la próstata, que produce la obstrucción del flujo de la orina.

La incontinencia afecta seriamente la vida de quien la padece: provoca úlceras en la piel, infecciones, pérdida de la autoestima, aislamiento social y vergüenza. Es la razón por la que muchos incontinentes se ven obligados a trasladarse a una residencia o institución similar.

Cuando existe Deterioro Cognitivo, es muy común que se produzca incontinencia, por tanto el cuidador principal debe recordar al anciano la necesidad de ir al baño.

¿Qué consecuencias trae consigo ser cuidador?

La persona que asume el rol de cuidador ha de hacer frente a una gran cantidad de tareas, que desbordan con frecuencia sus posibilidades reales. El cuidador tiene que hacer frente a conflictos familiares y de pareja, problemas laborales, económicos, aislamiento social, disminución del tiempo de ocio entre otros, aparte de las dificultades relacionadas con el cuidado de su familiar mayor. El estar sometido a todos estos estresores puede dar como resultado que numerosos cuidadores experimenten problemas emocionales, además de problemas físicos. De hecho, los mismos presentan en muchas ocasiones altos niveles de depresión, ansiedad e ira.

¿Cómo se afecta el cuidador?

El cuidador se afecta desde el punto de vista físico, psicológico, social y económico:

- Se agotan físicamente por el exceso de tareas que asumen.
- Pueden aparecer enfermedades como la hipertensión arterial, la diabetes, por solo mencionar algunas.
- Sensación de fatiga y cansancio por la falta de sueño.
- Aparición de sentimientos como ira, angustia, tristeza.
- Se producen alteraciones afectivas como depresión y ansiedad.
- Se reduce su participación en actividades culturales, sociales, laborales y recreativas por falta de tiempo libre.
- Se afecta la rutina familiar y las relaciones de pareja del cuidador.
- Se reduce la economía por el exceso de recursos que demanda el paciente.
- En ocasiones el cuidador debe abandonar la actividad laboral.

- **El cuidador puede necesitar ayuda cuando presenta síntomas tales como:**
- Aumento de Irritabilidad.
- Problemas de sueño.
- Pérdida de energía, fatiga.
- Aislamiento.

- Consumo excesivo de: tabaco, alcohol, cafeína, fármacos.
- Problemas físicos: palpitaciones, temblor en las manos, molestias digestivas.
- Problemas de memoria.
- Dificultad para concentrarse.
- Menos interés en personas y/o actividades que eran antes objetos de interés.
- Aumento o disminución del apetito.
- Tratar a personas dentro de la familia de forma menos considerada.
- Cambios de humor.
- Dificultad para superar sentimientos de depresión.

➤ **Cuídese a sí mismo**

- Cuidar a otra persona es la responsabilidad más difícil que tendrá en su vida. Si bien cuidar a una persona trae muchas satisfacciones, existen sacrificios y exigencias que podrían llegar a ser muy fuertes.
- Debido a que cuidar de una persona puede ser abrumador, es importante que se controle. Por lo general, es difícil saber cuánto tiempo deberá cuidar de esta persona o si su tarea se hará más exigente con el tiempo.
- Cuidar de sus propias necesidades es tan importante como cuidar a la otra persona. Si usted se enferma o se cansa mental o físicamente, no podrá cuidar de otros.

Algunos consejos importantes para el cuidador

- No abarque usted solo el cuidado de su familiar enfermo, pensando que es la persona que cuida mejor al anciano.
- Comparta la atención del enfermo con familiares y amigos.
- No se sienta culpable de no haber dado al enfermo los cuidados que merece. Mañana lo hará mejor.
- No centre su vida en el cuidado de su familiar enfermo.
- Culpe siempre a la enfermedad y no al enfermo de sus manifestaciones y conductas inadecuadas.
- Tómese un descanso cuando se sienta agotado y/o agobiado.

- Realice ejercicios físicos y de relajación mental. Algunas ideas podrían ser ejercicios de respiración, yoga, meditación, escribir un diario de vida o salir a caminar.
- Puede cerrar los ojos e imaginarse que se encuentra en un lugar agradable, con una temperatura favorable, un lugar rodeado de cosas hermosas que la hagan sentirse bien, respire profundo varias veces, esto lo debe realizar todas las veces que necesite.
- Si lo considera necesario, pues se siente mal o no sabe qué hacer, no dude en buscar ayuda de un médico, psicólogo u otro profesional.

Es normal que de vez en cuando, los cuidadores se sientan tristes o desanimados. Ignorar estos sentimientos no hará que desaparezcan.

Si tiene excusas como “Yo nunca he hecho ejercicio antes”, “Mis rodillas y mis pies me duelen demasiado”, hágase un favor: con tan solo 10 minutos al día y en sólo tres días a la semana, el ejercicio correcto le ayudará a sentirse mejor, a reducir el estrés y gozar más de la vida.

Ejercicios recomendados para el cuidador

De un paseo diario: Busque a un amigo con quien caminar. Se motivarán mutuamente cuando estén tentados a tomar un día libre.

Indague sobre clases ofrecidas a través de centros comunitarios, gimnacios, etc: Consulte sobre yoga tai-chi u otros programas de ejercicios no tradicionales. Estos son una excelente forma para mejorar la flexibilidad, fortalecer los músculos y relajarse.

Apoyo familiar

“La familia constituye una entidad en la que están presentes e íntimamente entrelazados el interés social y personal puesto que es la célula fundamental de la sociedad. La misma cumple importantes funciones en la formación de nuevas generaciones, además satisfacen intereses humanos afectivos y sociales de las personas”.

Reconocer la importancia del anciano en la familia es reafirmar su autoestima y ofrecerle un nuevo significado a su existencia para prolongar sueños y esperanzas.

Ese medio familiar es el que favorece un adulto mayor para sí y para la sociedad, y garantiza una larga vida con calidad física y mental.

La ayuda familiar debe estar encaminada a propiciar el bienestar del adulto mayor y de la persona responsable del cuidado. Muchas veces los cuidadores se encuentran sobrecargados por los acontecimientos cotidianos y en muchos casos muestran signos de padecer una importante problemática emocional. Para los mismos en ocasiones resulta difícil pedir ayuda, pero aún es más complejo proporcionar el cuidado solo.

Para algunos cuidadores la familia es la mayor fuente de ayuda, para otros es la mayor fuente de angustia. Es importante aceptar apoyo de otros miembros de la familia y no llevar la carga uno solo, reclamarlo no es una señal de debilidad, sino un paso importante para asegurar que la persona bajo su cuidado reciba la ayuda que necesita. En ocasiones la actividad de cuidado tiende a unir a la familia, especialmente cuando todos sienten que juegan un papel importante. Los familiares que viven lejos pueden ayudar desde sus hogares al cuidador principal.

Se debe lograr mantener la comunicación entre las personas que integran el núcleo familiar, proporcionar un ambiente favorable que garantice la armonía, comprensión, respeto y apoyo emocional que contribuya al bienestar psicológico tanto de la familia como del enfermo. La actitud de la familia ha de ser de continuo estímulo y ánimo para que el enfermo siga utilizando las facultades que todavía mantiene conservadas, pero sin exigirles más de lo que puede, ni exponerlo al fracaso. Es fundamental mantener una actitud de serenidad, afectividad, disponibilidad, control personal, evitando los sentimientos de soledad, resentimiento y culpabilidad.

Apoyo Asistencial

La actividad de cuidado muchas veces generara altos niveles de depresión, ansiedad e ira, e incluso el cuidador puede llegar a padecer importantes problemas físicos. Es por esto que resulta necesario evitar que se agoten y enfermen. Surge por tanto el denominado apoyo formal, el cual consiste en la prestación de servicios comunitarios para suplir temporal o parcialmente las funciones de los cuidadores. Los centros de día, que en nuestro país son conocidos como las casas de abuelos contribuyen a aliviar la carga del cuidador.

¿A dónde debo ir para recibir ayuda?

Ud. puede recibir orientación y ayuda para el cuidado de su familiar enfermo y de su salud en:

- Casa de abuelos # 2 del Municipio de Santa Clara situada en la carretera de Camajuaní km
- Consultorio médico de su comunidad.
- Policlínico al que pertenece su área de salud.
- Consulta de psicología en el Centro Comunitario de Salud Mental, ubicado en Unión entre Candelaria y San Cristóbal.
- Consulta de Terapia Floral en la Farmacia Homeopática situada en la calle Independencia entre Villuenda y Máximo Gómez. (Boulevard).
- EMAG. Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológica.



Glosario de términos

Actividades instrumentadas:

Dentro de estas se encuentran: buscar el pan, escoger y lavar el arroz o las viandas, poner la mesa, tender la cama, doblar la ropa. Estas actividades son de gran utilidad en los ancianos que padecen DCL, además que es importante que se sientan útiles. Pueden ser realizadas en compañía de otra persona para velar por la seguridad del enfermo, pero siempre respetando al máximo su independencia.

Envejecimiento Patológico:

Cuando la persona envejece aparecen una serie de enfermedades: Diabetes, Hipertensión Arterial, Cardiopatía Isquémica, Artritis, entre otras, no siempre los ancianos padecen enfermedades, cuando esto sucede entonces podemos hablar del envejecimiento patológico.

Cuidador principal:

Cuando algún mayor enferma o presenta algún tipo de dependencia, dentro de la familia suele haber una persona, el cuidador principal, que asume las tareas de cuidado básicas con las responsabilidades que ello conlleva. Los miembros de la familia lo ven como el responsable de asumir el cuidado del enfermo, sin que generalmente haya llegado a desempeñar ese papel por un acuerdo explícito de la familia.

Deterioro Cognitivo Leve (DCL):

Entidad que es común en el envejecimiento patológico, que se caracteriza por un “deterioro cognitivo que no cumple criterios suficientes para ser identificado como una demencia y que va acompañado de una relativa preservación de la independencia funcional en el desempeño de las actividades de la vida diaria. Existen casos en que el deterioro cognitivo no se produce en la memoria, y por tanto se ven afectadas otras funciones, ejemplo: habilidades para calcular, comunicarse, orientarse en un lugar determinado, etc.

Estimulación cognitiva:

La estimulación cognitiva es un grupo de actividades orientadas a mantener o mejorar las funciones cognitivas de los pacientes (por ejemplo: mejorar la memoria) y las habilidades necesarias para la vida diaria (por ejemplo, el manejo del dinero, comunicarse por teléfono, orientarse o no perderse en una ciudad, realizar las tareas domésticas, etc.).

Manual:

Es la forma más eficaz empleada por los especialistas, para brindar ayuda a aquellos cuidadores de pacientes con Deterioro Cognitivo Leve y otras enfermedades, que no poseen el tiempo necesario para participar en otras alternativas de intervención, aportando temas que brindan conocimientos de la enfermedad tratada, cómo manejarla, dónde ir a solicitar ayuda especializada, entre otros aspectos de interés.

Psicoestimulación:

La psicoestimulación se lleva a cabo con estos pacientes a través de una serie de actividades conocidas por “terapias no farmacológicas”, aunque también se les llama “estimulación cognitiva”, “entrenamiento de memoria” o “entrenamiento cognitivo”.

Referencias

- 1-Alzheimer's, D. (2001). "Ayuda para cuidadores de personas con Demencia."
<http://pidex.es/downloads/ayudaparacuidadoresdepersonascondemencia.pdf>
- 2-Ávila, M., A. Roca, et al. (2007) Manejo en la Atención Primaria de personas con deterioro cognitivo [Electronic Version], from
<http://www.cocmed.sld.cu/no114sp/ns114rev5.htm>
- 3-Artero, S., Ancelin, M., Portet, F., Dupuy, A., Berr, C., & Dartigues, J. (2008). Risk profiles for mild cognitive impairment and progression to dementia are gender specific [Electronic Version]. *Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 979-984, from
<http://www.jnnp.bmj.com.htm>.
- 4-Buñill, E., Bartés, A., Moral, A., Casadevall, T., Codinachs, M., & Zapater, E. (2009). Prevalencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 80 años: estudio COGMANLLEU [Electronic Version]. *Neurología*, 2, 102-107, from
<http://www.psiquiatria.com/articulos/psicogeriatría/neuropsiquiatria/demencias/epidemio414/41187/>
- 5- Colliea, A., & Maruffa, P. (2000). The neuropsychology of preclinical Alzheimer's disease and mild cognitive impairment [Electronic Version]. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 365–374, from <http://www.elsevier.com/locate/neubiorev>.
- 6- Comunidad de Madrid (2006). "Guía de recomendaciones al paciente. Deterioro Cognitivo Leve y Demencia en Fase Inicial."
<http://pidex.es/downloads/guiasderecomendacionesalpacientedeteriorocogn.pdf>
- 7-De la Vega, R., & Zambrano, A. (2008). Criterios diagnósticos de las demencias [Electronic Version], from <http://www.hipocampo.org/criterios.asp>.
- 8-De la Vega, R., & Zambrano, A. (2008). Deterioro cognitivo leve y envejecimiento normal [Electronic Version], from <http://www.hipocampo.org/mci.asp>
- 9-Envejecimiento, A. d. (2002) Guía para Cuidadores. Department of Health & Human Services.
<http://pidex.es/downloads/guiaparacuidadoresadministraciondelenvejecimie.pdf>

- 10-Grön, G., Brandenburger, I., Wunderlich, A., & Riepe, M. (2006).
Inhibition of hippocampal function in mild cognitive impairment:
targeting the cholinergic hypothesis [Electronic Version]. *Neurobiology
of Aging* 78–87, from <http://www.elsevier.com/locate/neuaging>
- 11-Huete, M., V. Pacheco, et al. (2010). "Formación a cuidadores de
personas con Demencia." 7: 220-230.
<http://www.revistatog.com/suple/num6/demencia.pdf>.
- Huete, M., V. 12-Pacheco, et al. (2010). "Terapia Ocupacional: Formación a cuidadores
de
personas con demencia." *TOG (A Coruña)* 7(6): 220-230.
<http://www.revistatog.com/suple/num6/demencia.pdf>
- 13-Hernández, R., C. Fernández, et al. (2006). Metodología de la
Investigación. México.
- 14-Kinsella, G., Mullaly, E., Rand, E., Ong, B., Burton, C., & Price, S. (2009).
Early intervention for mild cognitive impairment: a randomised
controlled trial [Electronic Version]. *Neurology, Neurosurgery, and
Psychiatry*, 730-736, from <http://jnnp.bmj.com/cgi/content/full/80/7/730>
- 15-Louro, I. (2004). Modelo teórico-metodológico para la evaluación de salud
del grupo familiar en la atención primaria. Escuela Nacional de Salud
Pública. Ciudad de la Habana.
- 16-López, O., Becker, J., & Jagust, W. (2006). Características
neuropsicológicas de los subgrupos del deterioro cognitivo leve
[Electronic Version], from
<http://www.hipocampo.org/articulos/articulo0265.asp>.
- 17- López, J. and M. Crespo (2007). "Intervenciones con cuidadores de
familiares mayores dependientes: una revisión." *Psicothema* 19(1):
72-80. [http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/lopez-
intervencion-01.pdf](http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/lopez-intervencion-01.pdf).
- 18- Mitchell, A., & Shiri-Feshki, M. (2009). Temporal trends in the long term
risk of progression of mild cognitive impairment: a pooled analysis
[Electronic Version], from www.jnnp.bmj.com.htm

- 19- Mitchell, A. (2009). CSF phosphorylated tau in the diagnosis and prognosis of mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: a meta-analysis of 51 studies [Electronic Version]. *Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 966-975, from <http://www.jnnp.bmj.com.htm>
- 20- Mías, C., Sassi, M., Masih, M., Querejeta, A., & Krawchik, R. (2007). Deterioro cognitivo leve: estudio de prevalencia y factores sociodemográficos en la ciudad de Córdoba, Argentina [Electronic Version], from <http://www.revneurolog.com/sec/resumen.php?or=web&i=e&id=98445>
- 21- Medina, I. (2005). *Teoría de la Comunicación: Desde el otro lado*. La Habana: Pablo de la Torriente.
- Nordlund, A., Rolstad, S., Klang, O., Lind, K., Hansen, S., & Wallin, A. (2007). Cognitive Profiles of Mild Cognitive Impairment With and Without Vascular Disease [Electronic Version]. *Neuropsychology*, 21, 706-712, from <http://www.jnnp.bmj.com.htm>
- 22- Orosa, F. (1999). Familia y Tercera Edad. Principales reflexiones Teórica. La Habana.
- 23- Quintana, L., Diéguez, E., & Pérez, A. (2005). *Herramientas para la Solución de Problemas. Técnicas para Ingenieros Industriales II* Retrieved 28 de mayo del 2011, <http://monografias.umcc.cu/monos/2005/Indeco/Monograf%20para%20la%20solucion%20deproblemas.pdf>
- 24- Quevedo, T. (2007). Cuidadores de pacientes Alzheimer. Una aproximación al estudio de sus necesidades. Psicología, "Marta Abreu" de las Villas.
- 25- Recomendaciones para cuidadores o familiares. INECO Centro de estudios de la memoria y la conducta [Electronic Version] from <http://www.ineco.org.ar/material/1232030660o.pdf>.
- 26- Ruiz, E. C. and Y. Fernández (2010). Desempeño en tareas duales en individuos cognitivamente normales y con Deterioro Cognitivo Leve un estudio de Morfometría. Centro de Neurociencias de Cuba.

Departamento de Neurociencias cognitivas. La Habana.

- 27- Smith, D., Chebrolu, H., & Wekstein, D. (2007). Cambios estructurales previos al deterioro cognitivo leve [Electronic Version], from <http://www.hipocampo.org/articulos/articulo0311.asp>
- 28- Services, D. o. H. H. Manual del cuidador. Una guía para cuidadores y otros cuidadores no pagados que se dedican al cuidado de adultos o ancianos incapacitados [Electronic Version], from <http://pidex.es/downloads/manualdelcuidadordeadultosoancianosincapacidad.pdf>
- 29- Stennis, G., Cholerton, B., Reger, M., & Baker, L. (2005). Preserved Cognition in Patients With Early Alzheimer Disease and Amnesic Mild Cognitive Impairment During Treatment With Rosiglitazone [Electronic Version], from Bases de datos Pubmed
- 30- Saxton, J., Snitz, B., Lopez, O., Ives, D., & Dunn, L. (2009). Functional and cognitive criteria produce different rates of mild cognitive impairment and conversion to dementia [Electronic Version]. *Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 737-743, from <http://www.jnnp.bmj.com.htm>
- 31- Santamarina, R. D., D. Scharovski, et al. (2007). Deterioro Cognitivo en pacientes con accidente cerebrovascular en el cerebelo. Departamento de Neurología. Mar del Plata.
- 32- Vega, J. L. and B. Bueno (1996). Desarrollo Adulto y Envejecimiento. Madrid.
- 33- Zayas, P. (2011). El proceso del análisis y la descripción con las especializaciones para confeccionar la matriz de las competencias y construir el perfil del cargo de ocupación. Ejemplo de dependiente gastronómico en la rama turística [Electronic Version]. *Revista de Investigación en Turismo y Desarrollo Local*, 4. Retrieved 28 de mayo del 2011, from <http://www.eumed.net/rev/turydes/09/pmza-resum.htm>.