



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**Propuesta de acompañamiento al cuidador
de un paciente con Alzheimer y Demencia
Senil**

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
Valeria Elizabeth Santos Rosas

Director: **Dr. Angel Corchado Vargas**
Dictaminadores: **Lic. Angélica Enedina Montiel Rosales**
Lic. José Moctezuma Salinas Torres





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A:

Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos mostrándome su infinita bondad y amor, poniéndome a las personas indicadas en el camino.

Mi madre Yolanda Rosas por darme la vida, quererme mucho, creer en mí y porque siempre me apoyaste. ¡Mamá gracias!, eres el pilar más importante en mi vida, gracias por estar ahí conmigo, en las buenas y las malas, por enseñarme que si se quiere se puede lograr, por todo el amor que me has brindado durante toda mi vida y por darme una carrera para mi futuro: te amo.

Mi padre Pedro Santos por los ejemplos de perseverancia y constancia que te caracterizan y que me has inculcado siempre, por el valor mostrado para salir adelante, por protegerme y enseñarme a amar lo que hago: te amo.

¡Al fin lo logré!

Doctor Angel Corchado Vargas mi agradecimiento de manera especial y sincera por aceptar realizar este proyecto bajo su dirección. Por apoyarme, por su confianza pero sobre todo por compartirme de su luz. Por guiar mis ideas no solamente en el desarrollo de esta tesina, sino también en mi formación tanto profesional como personal. Las ideas propias, siempre enmarcadas en su orientación y rigurosidad, han sido la clave del buen trabajo que hemos realizado juntos, el cual no se puede concebir sin su siempre oportuna participación.

Muchas gracias por ser y estar.

Esteban mi hermano menor, por apoyarme y molestarme en terminar este proyecto, ahora te toca a ti: te quiero.

David mi hermano, a tu esposa Danny, a Andy tu hija quien ha sido una luz desde que llego a nuestra vida y a él pequeñito que pronto llegará; por apoyarme y motivarme diciéndome que puedo con esto y más: los quiero.

A las personas que inspiraron esta tesina mis abuelitos Jaime Rosas, Rosa Miranda, Álvaro Santos y Josefina Fernández por quererme y haberme dado a las dos personas que más amo en el mundo: mis padres. Muchas gracias.

Tía Silvia Rosas, por la confianza y el apoyo que siempre me ha demostrado, gracias por creer en mí.

Mis familiares que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesina. ¡Gracias a ustedes!

*No me pidas que te recuerde
No trates de hacerme comprender
Déjame descansar
Hazme saber que estás conmigo
Abraza mi cuello y toma mi mano
Estoy triste, enfermo y perdido
Todo lo que se
Es que te necesito
No pierdas paciencia conmigo
No jures, no grites, no llores
No puedo hacer nada con lo que me ocurre
Aún así trato de ser diferente, no lo logro
Recuerda que te necesito
Que lo mejor de mi ya partió
No me abandones, quédate a mi lado
Ámame, hasta el fin de mi vida.*

Anónimo

ÍNDICE

Introducción	6
1. El adulto mayor	9
1.1. Datos del adulto mayor	10
1.2. El adulto mayor y la salud	13
2. Contexto de la problemática	22
2.1. Definición de los Trastornos Neurocognitivos	24
2.2. Tipos de Trastornos Neurocognitivos	25
2.2.1. Alzheimer	28
2.2.2. Demencia Senil	36
3. El Cuidador Principal	45
3.1. El papel de la familia con un adulto mayor enfermo	45
3.2. El cuidador principal	50
3.3. Características del cuidador principal	52
3.4. La sobrecarga como problemática del cuidador principal	55
4. Casos de sobrecarga	61
4.1. Caso de cuidador con enferma de Alzheimer	61
4.2. Caso de cuidadora con enferma de Demencia Senil	66
5. Propuesta de acompañamiento	73
Conclusiones	85
Bibliografía	88
Anexos	94

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades han aquejado a la humanidad a lo largo de la historia y han existido grandes avances en el ámbito de la medicina sin embargo, con el incremento de la expectativa de vida, la incidencia de las enfermedades neurocognitivas van en aumento.

En México el Alzheimer y la Demencia Senil son la primera causa de incapacidad siendo que hay más de 10 millones de adultos mayores, entre los cuales más de 750 millones de personas son víctimas de algún tipo de trastorno.

Su importancia en la salud pública toma relevancia en todo el mundo y en específico en México debido que hay mas adultos mayores que jóvenes. Fustinoni (2006) menciona que la incidencia y prevalencia de estos trastornos se ha incrementado significativamente en los últimos años y se incrementará cada vez más, siendo la edad el factor de riesgo más importante para estos deterioros.

Un diagnóstico temprano y preciso de estos deterioros es crucial, ya que solo impactará en la calidad de vida del enfermo sino también en la de sus familias, en la economía y principalmente a la persona que cuidará de él, al mantener una funcionalidad física (hasta donde pueda) y cognitiva lo más aceptable posible.

Para afrontar la situación es indispensable la familia, es de gran importancia el apoyo de está, porque ayuda en los aspectos emocionales y afectivos, ya que el proceso de envejecimiento aunado a una enfermedad de trastorno cognitivo genera una serie de demandas de cuidados y afectos que requieren dedicación, entrega y en el que la familia tiene un deber en el cuidado de un adulto mayor, en la mayoría los hijos.

Los cuidadores son la principal y casi única fuente de apoyo de los mayores dependientes. El aumento de la esperanza de vida y los avances de la medicina han hecho que en la actualidad los cuidadores atiendan a sus familiares mayores

dependientes durante una gran cantidad de años y con esto cambie su forma de vivir.

En diversos estudios se muestra que el hecho de cuidar a una persona enferma supone cambios que afectan la vida no sólo en el ámbito personal, sino también familiar, laboral y social, con repercusiones negativas en la salud física y psicológica. La repercusión negativa de cuidar es identificada por una gran proporción de cuidadoras; las consecuencias en la salud son también asociadas con alta sobrecarga.

Las características de los cuidadores principales y la situación en que se proporciona los cuidados influyen en el grado de sobrecarga. A medida que aumenta la carga de trabajo de la persona cuidadora, también se incrementa el riesgo de deterioro de su salud y calidad de vida.

El objetivo de esta tesina es que a través de la Investigación Documental se realice una propuesta de acompañamiento a las personas que cuidan a un adulto mayor con un Trastorno Neurocognitivo (Alzheimer y Demencia Senil).

En el primer capítulo se abordará el tema del adulto mayor, la definición de la Organización Mundial de la Salud así como las estadísticas en México y como es la salud en la población de adultos mayores en México.

Durante el segundo capítulo se tratará el contexto de la problemática, cuestiones como ¿Qué es un trastorno Neurocognitivo?, los tipos de trastornos que existen y que retomando para fines de esta tesina se enfocará a dos trastornos, los cuales son diagnosticados con mayor frecuencia en México, el Alzheimer y la Demencia Senil que contribuyen a la primer causa de discapacidad en el adulto mayor.

Para el tercer capítulo el tema se centrará en los cuidadores principales, personas que cuidan a los adultos mayores que tienen un Trastorno Neurocognitivo, el papel que desempeña la familia al recibir la noticia de que su adulto mayor está enfermo, así como la decisión de otorgar el papel de cuidador principal, se definirá ¿qué es

un cuidador principal?, las características que en la mayoría de los casos se presenta y si existe una sobrecarga en éste por el trabajo que desempeña.

En el cuarto capítulo se ilustrara la tesina con dos ejemplos de cuidadores principales uno que cuida a una enferma de Alzheimer y otra que cuida a una enferma de Demencia Senil, con la finalidad de ejemplificar con un relato lo que sucede con una persona que decide cuidar a una persona enferma.

La propuesta que se plantea en la presente tesina es con la finalidad de ofrecer una opción que no ha sido utilizada por los profesionales de la salud y que pretende mejorar la calidad de vida en el cuidador principal y por lo tanto al adulto mayor.

La aportación que se pretende hacer es que con esta propuesta de acompañamiento se invite a que los profesionales de salud, en este caso los psicólogos vean una oportunidad de crecimiento profesional y personal y que la carrera de psicología siga enriqueciéndose ya que son pocos los estudios realizados sobre este tema.

También que en un futuro pueda ser tomada como referencia en investigaciones; retomando la propuesta y comenzar a validarla implementándolo en algunos casos con características similares.

Y por último dar a conocer a la población en general que el problema no está en el enfermo (ya que con los cuidados y los medicamentos podrá llevar una mejor calidad de vida) sino que el cuidador es la pieza clave, quien sufre las consecuencias y que aunque no quiera, va adquiriendo conforme pasa el tiempo con el enfermo y no se piense que el cuidador no necesita ayuda, al contrario entre mejor este es probable que haga de mejor manera su trabajo.

1. EL ADULTO MAYOR

El concepto de adulto mayor presenta un uso relativamente reciente, ya que ha aparecido como alternativa a los clásicos “persona de la tercera edad”, “ancianos”, “viejos”, etcétera. Actualmente en la sociedad mexicana así como en otras partes del mundo este concepto se va utilizando de manera frecuente sin embargo es inevitable escuchar las maneras despectivas con las que se dirigen hacia esa población en particular, es necesario generar más información sobre el tema de los adultos mayores para contribuir a que tengan una etapa digna y la puedan vivir lo mejor posible.

Según Ericsson (1986) en la vejez la persona pasa por una crisis final de integridad contra desesperación, la cual finaliza con la virtud de la sabiduría. Implica la aceptación de la cercanía de la propia muerte como fin inevitable de la existencia de la vida.

Stiglitz (2015) dice que un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y antecede al fallecimiento de la persona. Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de la persona se van deteriorando. Generalmente se califica al adulto mayor a aquellas personas que superan los 70 años.

Para la Organización de las Naciones Unidas considera adulto mayor a toda persona que pase de los 65 años para los países desarrollados y de 60 años para los países en desarrollo, en México es considerada adulto mayor a una persona a partir de los 60 años (OMS, 2015).

Para fines de esta tesina se tomará la descripción de Stiglitz antes mencionada y se tomará el parámetro de edad que marca la ONU ya que se adapta a la población mexicana; quedando la descripción de la siguiente manera: Se considera adulto mayor a una persona a partir de los 60 años. Se encuentra en la última etapa de la vida, donde su cuerpo y las facultades cognitivas de la persona se van deteriorando.

El envejecer es comúnmente experimentado fisiológicamente como un progresivo decline en las funciones orgánicas y psicológicas, como una pérdida de las capacidades sensoriales y cognitivas. Estas pérdidas son diferentes para cada individuo. Cuando se habla de envejecer se tiene la idea que es igual a volverse un estorbo y que no tiene las capacidades para realizar actividades que realizaba cuando era joven.

Los adultos mayores tienen la misma oportunidad de crecimiento, desarrollo, aprendizaje y el tener nuevas experiencias como en cualquier otra etapa de la vida. Continuamente se olvida que es otra etapa de la vida y que se debe de vivir y respetar como tal.

En México se tiene una percepción negativa del adulto mayor ya que generalmente se asocia con una etapa productiva terminada, con historias de vida para ser contadas como anécdotas, leyendas o conocimientos. Así se debe liberar al adulto mayor de esa imagen de incapacidad, de soledad, contribuyendo a consolidar su rol social, a ir redescubriendo sus capacidades y habilidades enriqueciendo su autoestima al ser protagonista activo dentro del grupo. Es necesario que no solo los familiares del adulto mayor sino la población en general aprendan a tomarlo en cuenta, que se sienta parte de la familia, de la sociedad para que viva en plenitud, si esto cambiara en la sociedad no habría violencia hacia ellos y no tendrían por qué terminar en un asilo o en la calle.

1.1. Datos del adulto mayor.

La proporción de niñas, niños y adolescentes (personas de 0 a 14 años) en México ha disminuido en los últimos años y se ha incrementado la población de adultos y adultos mayores (30 años o más).

Los adultos mayores mexicanos pasaron de ser el 6.2% del total de la población en 2010, al 7.2% en 2015, con lo que se confirma que México está volviéndose un país de personas mayores (Figura, 1).

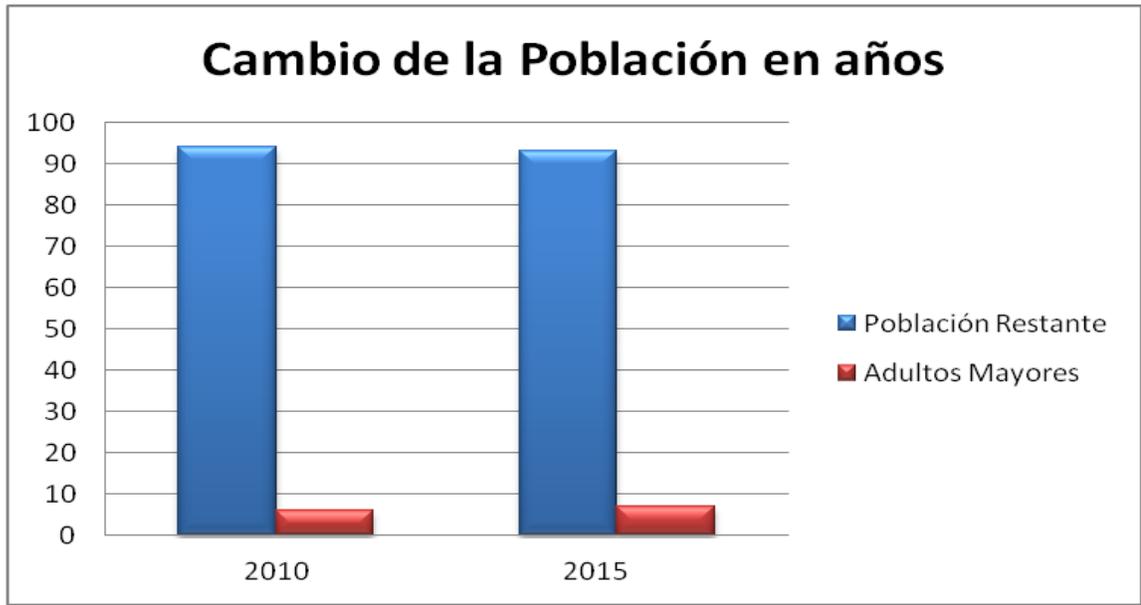


Figura 1. La población de adultos va creciendo y con el paso de los años seguirá en aumento. [Elaborado por la autora de esta tesina].

Según el CONAPO (2014) para 2050 habrá 150 millones 837,517 mexicanos y la esperanza de vida promedio será de 79.42 años; ésta, que actualmente es de 77.4 años para las mujeres y 71.7 para los hombres, aumentará a 81.6 y 77.3 años respectivamente.

En México hay 10.5 millones de personas mayores de 60 años, lo que representa a 9 de cada 100 mexicanos. De ese grupo de población, 82% vive en algún grado de pobreza, ya sea monetaria o alimentaria (no le alcanza para satisfacer sus necesidades básicas) el 8 % restante viven en situación de pobreza, y 10% viven en pobreza extrema (Figura, 2).

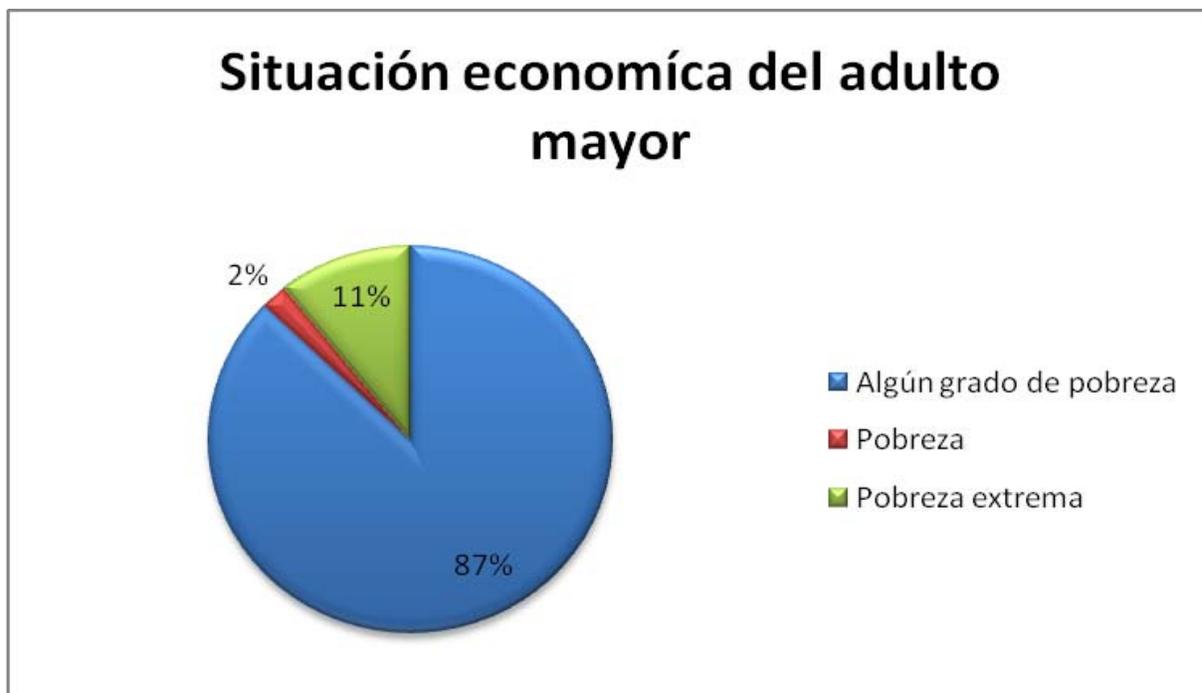


Figura 2. Situación en México del adulto mayor. [Elaborado por la autora de esta tesina].

Otro dato revela que el 16% de la población total de adultos mayores, sufre algún grado de maltrato, como golpes, ataques psicológicos, insultos o robo de sus bienes; el 64% vive sin violencia ya que vive en casa cuidados por sus familiares, el 18% vive en asilos privados o en dependencias del gobierno ya que sus familiares no pueden ocuparse de ellos o por su decisión y finalmente el 2% vive en situación de calle ya que sus familiares los despojaron de sus bienes o los dejan en abandono, hay veces en que ellos toman la decisión de irse de casa por la violencia generada en su entorno familiar (Figura, 3).

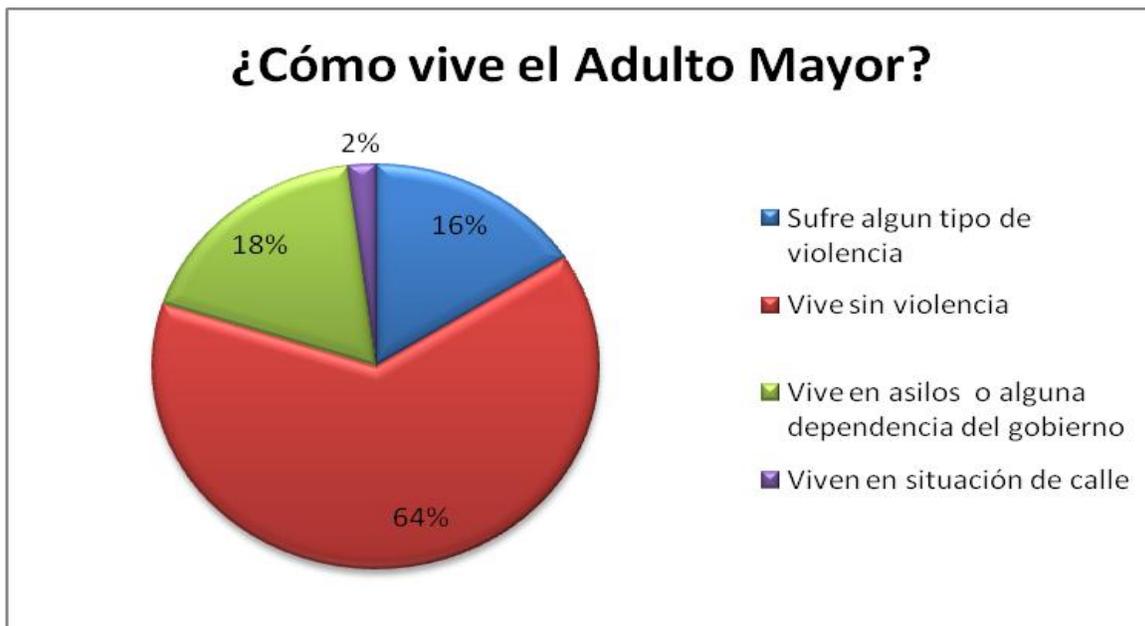


Figura 3. Modo de vida del Adulto Mayor. [Elaborado por la autora de esta tesina].

Conforme avanza la edad de las personas tienen que enfrentar estilos de vida diferentes. La pérdida de capacidades motrices y cognoscitivas, la discriminación laboral, la dependencia económica y asistencial, la pobreza, la falta de servicios y la vulnerabilidad solo, son algunos problemas que enfrenta el adulto mayor mexicano. Cada 2 de 3 personas de 64 años o más no cuentan con ahorros suficientes para llegar a una jubilación digna, lo que representa un factor importante para el aumento de la desigualdad, así como el comienzo del deterioro de su salud (Stiglitz, 2015).

1.2. El adulto mayor y la salud

La salud entendida como el bienestar físico, psicológico y social, va mucho más allá del esquema médico, abarcando la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. No es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto

que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo (Beade, 2012).

En los últimos años se produjo un cambio en la concepción de salud y la enfermedad. El modelo actual reconoce la complejidad de estos, pues, acepta que los factores psicosociales afectan los sistemas corporales, lo cual altera la vulnerabilidad del individuo ante los procesos patológicos. El paradigma actual en este campo señala que la calidad de bienestar patológico y físico depende, principalmente, de nuestros hábitos de vida (Labiano, 2002).

Fueron muchas las diferencias individuales entre la cronología y el alcance de los cambios durante la edad adulta, así como en las capacidades de percepción y sensitivas. Las personas de edad avanzada experimentan un debilitamiento general de respuesta y del procesamiento de información. Estos cambios les exigen hacer ajustes en muchos aspectos de su vida.

Los cambios psicobiológicos son:

Pérdida de textura y elasticidad en la piel: La piel cumple múltiples funciones a lo largo de la vida, como la regulación de la temperatura corporal, percepción sensitiva y vigilancia inmune; durante el proceso de envejecimiento, se ve afectada debido a la alteración estructural de la piel.

Lozada (2010) dice que los cambios producidos en la piel son múltiples y afectan a cada una de las capas de ésta, desde el exterior hasta el tejido celular. También hay resequedad en la piel, pérdida de elasticidad, aumento en número y profundidad de las líneas de expresión, calvicie y encanecimiento.

Adelgazamiento de los huesos: La función de los huesos es de protección; protege órganos y sistemas dependiendo de los segmentos corporales, por ejemplo el cráneo protege al encéfalo; el esternón y las costillas protegen al corazón, pulmones y los troncos intravenosos, los huesos de la pelvis protegen el

aparato reproductor, el aparato digestivo y urinario, la columna vertebral protege la medula espinal y los nervios raquídeos (Chan, 2013).

Siendo la osteoporosis la enfermedad que afecta con mayor frecuencia a las mujeres.

Disminución o aumento de la talla corporal: Cervera (2003) menciona: "Tanto el aumento o disminución en el Índice de Masa Corporal (IMC), en los adultos mayores pueden generar una patología. El aumento puede ser motivo de aparición de enfermedades como obesidad, Diabetes Mellitus tipo 2, síndrome metabólico y enfermedades cardiovasculares entre otras. Por su parte; una disminución en él podría provocar problemas nutricionales, lo que empeora el pronóstico de estos pacientes en caso de que aparezca una enfermedad de alta prevalencia" (p. 119).

Llevar el control del estado nutricional de los adultos mayores es importante ya que nos permite detectar problemas nutricionales de manera prematura y evitar que sufran algún tipo de dolor e incluso la muerte.

Los cambios que el adulto mayor experimenta, pueden ser modificados por los patrones de alimentación y el estado nutricional. Los hábitos alimentarios inadecuados se convierten en un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad, contribuyendo a una mayor predisposición a infecciones ya enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento.

La pérdida de dientes: Esta determinada por diversos factores tanto propios como ambientales, un indicador que ayuda son los cuidados odontológicos que llevo durante toda su vida, hoy se sabe que un alto porcentaje de la población adulta mayor presenta condiciones de salud oral precarias, reflejadas en el hecho de que la condición de mayor prevalencia es el edentulismo (ausencia parcial de los dientes definitivos) o la ausencia de todos los dientes.

Problemas de visión: El envejecimiento de la función visual afecta en diferente grado a todos sus componentes: la percepción de la luz, de los contrastes, de los colores, de las formas, la acomodación, la visión de profundidad.

Muñoz, Fernández, Basso, Della y Demicheli (2008) afirman que el adulto mayor sufre el impacto del deslumbramiento en distinto grado y en varias formas; en el exterior de casa o al conducir ya que gran cantidad de luz natural interfiere con la visión. Este deslumbramiento genera incomodidad para ver si es moderado, pero cuando es intenso impide incapacidad visual y es peligroso para las personas de la tercera edad ya que pueden sufrir accidentes que van deteriorando la salud física.

Las afecciones oculares que son frecuentes en el adulto mayor son: la catarata (disminución de la agudeza visual), el glaucoma (alteración de las funciones visuales por lesión de las células y fibras nerviosas de la retina), la retinopatía diabética (es una complicación ocular de la diabetes que afecta la micro-circulación de la retina), la degeneración macular (es una afección degenerativa que afecta a la mácula, esta es una parte central del ojo), alteraciones lagrimales (puede aparecer lagrimeo por obstrucción o mal funcionamiento de las vías de drenaje de las lagrimas por laxitud de los tejidos del párpado), alucinaciones visuales (es la percepción aparente de objetos externos que no existen) y la cromatopsia (es la alteración en la que todo se ve teñido de un color uniforme).

Atrofia de los músculos o sarcopenia: Medina (2011) dice que es la pérdida de masa magra corporal como resultado del envejecimiento. Los sistemas más afectados son: el sistema inmunológico, neuro-endocrino y el musculo esquelético. Su incidencia se ha notado después de un evento agudo estresante (ejemplo, un infarto cerebral o un ingreso hospitalario).

La población de adultos mayores mexicanos es susceptible para el desarrollo de sarcopenia, debido a las deficiencias en las condiciones socioeconómicas con las que crecieron en la infancia como la pobreza, malnutrición y en general a las malas condiciones de salud que hay en la adultez por una mala educación, empleos que requieren de un gran esfuerzo físico, con malas condiciones laborales y mal remuneradas.

Declinación de las funciones sensoriales: Es un problema común en el envejecimiento y cada vez más será necesario combatirlo. Se van perdiendo la audición, la visión, el olfato y el gusto, afectando la integridad del adulto mayor y condicionando diferentes grados de dependencia funcional.

Repercuten en todos los componentes de la esfera bio-psico-social, además de limitar el funcionamiento del adulto mayor, tanto en las tareas básicas como en las de la vida diaria, poniéndolo en riesgo de dependencia, reduciendo la movilidad, aumentando el riesgo de accidentes domésticos y caídas.

Pérdida de la adaptación al frío y al calor (termorregulación): La temperatura corporal no cambia de forma significativa, pero sí se observa un deterioro de la termorregulación corporal, con dificultades manifiestas en la capacidad de adaptación a las distintas temperaturas ambientales. Dentro de los mecanismos relacionados se encuentran la pérdida de la grasa subcutánea y la disminución en la capacidad de transpiración en los adultos mayores.

Durante esta etapa se presentan cambios físicos que incrementan la posibilidad de desarrollar enfermedades, esto debido a que el organismo cada vez es más frágil. Algunas enfermedades que se relacionan con la edad adulta son: artritis, diabetes, enfermedades cardíacas, reumatismo, lesiones ortopédicas, trastornos Neurocognitivos (Rice, 1996).

El envejecimiento en un individuo corresponde a un deterioro fisiológico generalizado que se ve acelerado por la aparición de diversas enfermedades. La fragilidad de la salud, es una característica principal del adulto mayor, toma muchas tonalidades, ya que sus manifestaciones se alejan de las enfermedades agudas e infecciosas, para ser sustituidas por las condiciones crónicas, degenerativas y discapacitantes.

Para la población de adultos mayores, estos estados mórbidos y sus consecuencias no letales son más graves debido a que sus inicios no están

marcados por eventos precisos y aislados, sino por un proceso gradual y difuso de deterioro de la salud física y mental que caracteriza al envejecimiento.

Se trata de la conjunción de diversas condiciones, cuya naturaleza progresiva va modelando la magnitud y la forma de los daños que ocasionan tanto sufrimiento personal y familiar, incrementan los costos de la atención médica y generan nuevas necesidades de apoyo, tanto familiares, comunitarias e institucionales.

Cada individuo recorre el transcurso de su vejez y de la vida en general de manera particular. Hay personas que desde jóvenes practican algún deporte o hacen ejercicio de manera frecuente, otras que hacen cualquier tipo de dieta para mantenerse saludable; hay otras que se operan alguna parte de su cuerpo para detener el paso del tiempo. Todos viven de manera diferente, pero la vejez es algo que sin duda no se puede evitar y que además se debe vivir satisfactoriamente.

En México los adultos mayores sufren de manera recurrente osteoporosis, diabetes, hipertensión, cáncer y enfermedades cardiovasculares. También suelen manifestarse otras alteraciones como cuadros infecciosos en vías respiratorias, urinarias y el tracto digestivo, así como síndrome de inmovilidad y cuadros de depresión.

Según Libow (2014) los problemas médicos más comunes en el adulto mayor son:

Movilidad: la mayoría de los adultos mayores utiliza bastón, caminadora o sillas de ruedas para poder trasladarse a cualquier lugar.

Mental: Deterioro cognitivo, presentan problemas para recordar algunas cosas o situaciones que han vivido.

Infartos: Aproximadamente dos de cada tres personas sufren algún tipo de infarto, esperando que se tenga una completa o parcial recuperación.

Corazón: La mayoría de las personas mayores padecen algún problema serio del corazón.

Huesos: Los huesos en la tercera edad se debilitan y se rompen de manera frecuente. Los hombres tienen menos experiencias que las mujeres.

Ojos: Las cataratas son muy comunes y en la mayoría de los casos operables, el glaucoma. El cambio en la vista normal a esta edad es la disminución de la vista de lejos.

Se cree que los problemas y padecimientos de las personas de la tercera edad son ocasionados por la vejez; siendo que el organismo no envejece de manera uniforme. Generalmente en vejecen más rápidamente unos órganos que otros. Además, en la tercera edad se ven reflejados síntomas o problemas relacionados con alguna actividad que se realizaba cuando eran jóvenes.

Muchos jóvenes desgastan rápidamente su organismo que un adulto mayor y tal vez no piensan mientras son jóvenes. En este caso su condición de adulto mayor dependerá de la forma de vida que lleve durante la adolescencia y madurez. Los abusos perjudican al individuo: abuso de alcohol, de cigarro y drogas, pero también el abuso del ejercicio puede perjudicar cuando se llegue a ser adulto mayor.

Hay un periodo en la vida de todos los adultos mayores en el que realmente su vida se ve alterada; empiezan a haber pequeñas señales y una serie de cambios que indican que se empieza a acercar la etapa adulta mayor. Sus hijos empiezan a irse de casa a establecer su propia familia; se jubilan y se dan cuenta que están pasando mucho más tiempo con su pareja; normalmente tienen menos dinero para mantenerse; puede ser que comiencen a sufrir alguna enfermedad; tal vez han perdido algún amigo cercano por muerte. Por lo tanto su vida se ve alterada y esto provoca distintas perspectivas de la vida y de la vejez en general.

Se comienza a observar que muchas personas de la tercera edad tiene miedo a la soledad, el sentirse solo sin desearlo suele ser muy doloroso y mas para la persona que está pasando por esta etapa de la vida; en estos casos puede comenzar a perder su autoestima y deprimirse, generalmente sucede cuando

miembros de la familia y amistades mueren y cuando los hijos comienzan a involucrarse en sus propias vidas.

Lozano y González (2010) recomienda que los adultos mayores deben mantenerse activos y buscar contactos sociales, como asistir a centros para adultos mayores, hacer actividades físicas, hacer amistad con personas de su edad sin embargo puede también hacerlo con otras edades menores. También pasar tiempo con los nietos, sobrinos y en general con la familia.

Como bien se sabe en el proceso de envejecimiento el cuerpo comienza a cambiar de forma natural. Se comienza a cansar más de lo acostumbrado. Tal vez se enferma con más frecuencia y tal vez ya no ve o escucha tan bien como cuando se era joven, es por ello que las personas de la tercera edad deben ser cuidadas y respetadas por sus familiares, por la sociedad y por las instituciones, respetando su integridad y brindándoles el apoyo que se merecen.

Junto con todos estos padecimientos existe uno que va en aumento en la población mexicana y va causando gran impacto en el sector salud y en la población en general; según el INEGI (2014) los Trastornos Neurocognitivos se han convertido en la primera causa de incapacidad siendo que hay más de 10 millones de adultos mayores, entre los cuales más de 750 mil personas son víctimas de algún tipo de trastorno, siendo la más frecuente el Alzheimer y la Demencia Senil.

El Alzheimer y la Demencia Senil son unas de las enfermedades más discapacitantes y caras que se relacionan con el adulto mayor. El impacto emocional de la enfermedad en los pacientes y en los familiares es devastador, y el costo en la sociedad es impresionante. En México desafortunadamente no se tienen cifras exactas de los costos directos e indirectos que se va generando en el cuidado de estos pacientes (Roos, 2010).

Hablar del adulto mayor es mencionar el significado que tiene para la sociedad mexicana ya que es la población que va en aumento (hay menos nacimientos y

cada vez más gente adulta mayor) es importante hacer frente a esta problemática ya que la calidad de vida se ve alterada por la falta de información sobre sus enfermedades y cómo afrontarlas. Hay que tomar en cuenta que esta es la última etapa de la vida y es precisamente donde el cuerpo y las facultades cognitivas de la persona se va deteriorando. Es en el segundo capítulo donde se hablará de los Trastornos Neurocognitivos; qué son, que tipos hay, sus principales características para terminar con los dos trastornos que más afectan al adulto mayor mexicano en estos últimos años el Alzheimer y la Demencia Senil.

2. CONTEXTO DE LA PROBLEMÁTICA

En la actualidad hay más de 13 millones de adultos mayores de 60 años en México. En este contexto, una amenaza significativa para la calidad de vida y la autonomía de los mayores es la discapacidad que genera los Trastornos Neurocognitivos. Los factores de riesgo socio-demográficos para la aparición de estos son: la desventaja social, el analfabetismo y los medios que propician la alteración de el proceso biológico del envejecimiento y la morbilidad, en particular cardiovascular y metabólica como la diabetes (INEGI, 2014).

Una de las causas importantes por las que el adulto mayor no se da cuenta que padece un Trastorno Neurocognitivo es por el costo elevado de los estudios y tratamiento en instituciones privadas o bien, el acceso limitado a los sistemas de salud médica pública; donde la falta de médicos especialistas en el tema dan un diagnóstico tardío así como la falta de personal con la capacitación adecuada sobre los cuidados que necesita el paciente, hace que el cuidado recaiga totalmente sobre las familias o bien en alguna institución. Todo esto lleva a que en algunas ocasiones se tenga negligencia sobre el adulto mayor, causándole mala calidad de vida, sufrimiento físico y psicológico e incluso la muerte.

El primer estudio nacional sobre prevalencia del deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores se efectuó a partir de los datos del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) en el año 2001. En aquel entonces, un 7% de la población mexicana presentaba deterioro cognitivo menor¹ y 3.3% deterioro cognitivo mayor², con dependencia funcional³. La prevalencia fue mayor entre las mujeres. Los factores asociados fueron: el

¹ Deterioro cognitivo menor: utiliza condición que implica problemas con la función cognitiva (habilidades mentales tales como recordar) (Rosselli y Aldilla, 2012).

² Deterioro cognitivo mayor: Hay pérdida total de la memoria remota e incapacidad para escribir y cuidar de sí mismo (Buiza, Etxeberría y Yanguas, 2005).

³ Dependencia funcional: Se refiere a cuando el paciente necesita ayuda para realizar algunas actividades básicas de la vida diaria (Barrantes, 2007).

analfabetismo, la diabetes, la enfermedad cerebro-vascular, las afecciones cardíacas y la depresión. Los resultados obtenidos 6 años más tarde por el Grupo de Investigación de Demencia en México, muestran una prevalencia de la demencia de 2003 a 2007, la información obtenida a partir de este estudio ha permitido establecer que en México la aparición de la demencia sea para el área urbana de 7.4% y para la región rural de 7.3% (Valencia, 2013).

Para el año 2013 la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés) sustituyó el término “demencia” por “Trastorno Neurocognitivo”, al considerar que el término “demencia” es una manera estigmatizante, pues hace énfasis en la enfermedad mental. Por el contrario, se realiza ahora el síndrome como un proceso continuo que evoluciona según la gravedad de los síntomas, la cual varía entre leve, moderado y grave. Este cambio ha permitido que el diagnóstico de la enfermedad ocurra en las etapas más tempranas, puesto que la pérdida de memoria deja de ser un criterio fundamental en el trastorno.

De acuerdo con los datos presentados sobre la prevalencia de la demencia en México, se estima que en 2015 existen 860, 000 personas con algún tipo de Trastorno en toda la República Mexicana. La proyección del número de mexicanos afectados por demencia para el año 2050 alcanzará la alarmante cifra de más de 35 millones, por lo que el impacto de esta enfermedad en los sistemas económico, social y de la salud será aún más grave.

Lergarde (2006) menciona que el impacto económico que tiene el cuidado de una persona con algún trastorno Neurocognitivo es grande ya que mientras avance cualquier trastorno la dependencia será mayor y los costos para que su calidad de vida sea óptima se verán incrementado; la falta de una cura que evite el deterioro progresivo, la discapacidad y la dependencia (la fuerte carga económica, física y emocional para la familia y los cuidadores, así como las limitaciones en el sistema de salud) provocan que el enfermo y sus familiares se planteen: ¿Cómo es vivir

bien con un Trastorno Neurocognitivo? es decir, ¿Cómo vivir con dignidad y calidad de vida para quien padece la enfermedad y quienes lo rodean? Y a ello se junta otra gran cuestión: ¿Cómo responder a las necesidades que determina esta enfermedad tan sólo con los recursos médicos, familiares y sociales con los que se cuentan? Cuestiones que con el tiempo son respondidas, pero que no son generalizables para la población ya que cada persona vive de manera diferente la enfermedad, así como puede pasar el proceso en familia o de manera solitaria, lo puede hacer en su casa, un asilo o en la calle, todo dependerá de cómo afronte la enfermedad y las opciones de ayuda que tenga.

Lasprilla y Fernández (2006) han encontrado que en los últimos años se viene acumulando evidencia respecto a que es posible prevenir, o al menos retrasar, la incidencia de estos padecimientos, hablan que la prevención no solo evitaría el sufrimiento sino que también ahorraría enormes sumas de dinero. Actualmente están investigando ensayos dirigidos a personas en riesgo de desarrollar Trastornos Neurocognitivos con una variedad de intervenciones: ejercicio, control de la glucosa, tratamiento de la hipertensión arterial; vitaminas del grupo B; ácidos grasos omega-3; entrenamiento cognitivo y actividades sociales.

2.1. Definición de Trastorno Neurocognitivo

En años anteriores al 2013, no se utilizaba el término Trastorno Neurocognitivo sino demencia, y su definición se refería a un trastorno neurológico con manifestaciones neuropsicológicas y neuro-psiquiátricas que se caracterizan por el deterioro de las funciones cognitivas y por la presencia de cambios en la conducta. Dicho de otra manera, es un síndrome clínico que se caracteriza por una pérdida de habilidades cognitivas y emocionales de manera severa que interviene con el funcionamiento social-ocupacional del paciente (Favela, García, Lozano, Manilla, Rivera y Sánchez, 2009).

En el año 2002 se comenzó a hablar de Trastorno Neurocognitivo como un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones

mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad (Ross, 2002).

Finalmente para el año 2013, el DSM-V propuso cambiar el término demencia por Trastorno Neurocognitivo definiéndolo como la alteración de una o varias funciones intelectuales que llega a distorsionar notablemente la capacidad de relación social, familiar, laboral o actividades de la vida diaria, los problemas cognitivos ocurren cuando una persona tiene dificultades para procesar la información. Esto incluye tareas mentales relacionadas con la capacidad de concentración, el pensamiento y la memoria a corto plazo (Castrillón, 2015).

La mayoría de los Trastornos Neurocognitivos se manifiestan con dificultades para recordar sucesos recientes, nombres de personas y cosas, disminución de la capacidad de atención y concentración que va de manera progresiva. Se expresan en ciertas conductas disfuncionales en relación con las actividades que realiza el paciente y que, en última instancia, afectan a su bienestar.

2.2. Tipos de Trastornos Neurocognitivos

Domènech (2008) refiere que su clasificación puede depender de distintos criterios como son la edad de inicio, la etiología, la patología, los distintos signos neurológicos que la acompañan, las características clínicas o bien la respuesta a la terapia. Las más importantes son identificadas de acuerdo a su ubicación:

Cortical: los trastornos de este grupo están caracterizados por presentar alteraciones cognitivas, los pacientes pueden presentar modificaciones que afectan las áreas de asociación que regulan el lenguaje, movimientos especializados y percepción. En algunos casos se llega a presentar pérdida de tejido cerebral de manera gradual.

Fronto subcortical: Presentan una pérdida gradual de las capacidades cognoscitivas, por la localización la afasia, apraxia y agnosia llegan a mantenerse ausentes, sin embargo existe presencia de una profunda apatía.

Axial: La principal característica en este tipo de Trastornos es una alteración en la memoria reciente, lo que provoca dificultades de aprendizaje y en algunos casos la adquisición de nuevo conocimientos o habilidades se vuelva prácticamente imposible.

Dentro del DSM-5 la clasificación de los Trastornos Neurocognitivos se divide siguiente manera:

Delirium	Trastorno Neurocognitivo mayor y menor
Otro Delirium especificado	Trastorno Neurocognitivo mayor
Delirium no especificado	Trastorno Neurocognitivo menor
	Trastorno Neurocognitivo mayor y menor debido a enfermedad de Alzheimer
	Trastorno Neurocognitivo mayor y menor debido a enfermedad Demencia Senil
	Trastorno Neurocognitivo mayor y menor con cuerpo de Lewy
	Trastorno Neurocognitivo mayor y menor vascular
	Trastorno Neurocognitivo mayor y menor debido a traumatismo cerebral
	Trastorno Neurocognitivo mayor y menor inducida por sustancias/medicamentos
	Trastorno Neurocognitivo mayor y menor debido a infección de VIH
	Trastorno Neurocognitivo mayor y menor a enfermedad priónica
	Trastorno Neurocognitivo mayor y menor debido a enfermedad de Parkinson
	Trastorno Neurocognitivo mayor y menor debido a enfermedad de Huntington
	Trastorno Neurocognitivo mayor y menor debido a otra condición médica
	Trastorno Neurocognitivo mayor y menor debido a etiologías múltiples
	Trastorno Neurocognitivo no especificado

Tabla 1. Clasificación de los Trastornos Neurocognitivos [Elaborado por Castrillón, 2015].

Esta clasificación la propone el DSM-V y cuando habla del Delirium es porque aún cuando se trata claramente de un trastorno Neurocognitivo, debido a disfunción cerebral metabólica o estructural, no se puede incluir en el subgrupo de trastorno Neurocognitivo mayor o menor puesto que clínicamente se caracteriza por fluctuaciones cognitivas. Esta condición, además está definida principalmente por compromiso de conciencia y de atención, lo que la diferencia de los otros trastornos Neurocognitivos, con los cuales con frecuencia coexisten.

Cuando habla de trastorno Neurocognitivo menor, es una consideración neuropsicológica, este trastorno va más allá de los ligeros defectos cognitivos normales y describe un nivel de declinación cognitiva que requiere estrategias compensatorias para ayudar a mantener la independencia y efectuar las actividades de la vida diaria.

Al mencionar Trastorno Neurocognitivo mayor se refiere a que la sintomatología es mayor y el deterioro funcional, y es una consecuencia del trastorno o enfermedad y el paciente pierde completamente su autonomía y su vida cambia por completo.

Para la finalidad de esta tesina el siguiente apartado explicará y describirá dos de las enfermedades más importantes que afectan a la población de adultos mayores en México, el Alzheimer y la Demencia Senil.

2.2.1. Alzheimer

Es una enfermedad cerebral que ocasiona problemas relacionados con la memoria, el pensamiento y el comportamiento. No es una parte normal del envejecimiento.

El Alzheimer empeora con el tiempo. Aunque los síntomas pueden variar mucho, el primer problema que muchas personas notan es el olvido ya que comienza a afectar su capacidad para funcionar en el hogar o en trabajo, o para disfrutar de pasatiempos.

Gutiérrez y Arrieta (2013) hablan que los cambios que se producen en el cerebro comienzan a nivel microscópico mucho antes de los primeros síntomas de pérdida de memoria.

El cerebro tiene 100 mil millones de células nerviosas (neuronas). Cada célula nerviosa se conecta con muchas otras para formar redes de comunicación. Además de las células nerviosas, el cerebro incluye células especializadas para apoyar y nutrir otras células. Los grupos de células nerviosas tienen trabajos especiales, algunas participan en el pensamiento, el aprendizaje y la memoria, otros ayudan a ver, oír y oler, mientras otros ordenan a los músculos cuándo moverse. Las células del cerebro funcionan como pequeñas fábricas. Ellas reciben suministros, generan energía, construyen equipos y se deshacen de los residuos. Las células también procesan y almacenan información y se comunican con otras células. Mantener todo funcionando requiere coordinación, así como grandes cantidades de combustible y oxígeno. El Alzheimer impide que algunas partes de la fábrica de una célula funcionen bien. No es seguro de dónde empiece exactamente el problema, pero al igual que una fábrica, los atascos y las averías en un sistema causan problemas en otras áreas. A medida que se extiende el daño, las células pierden su capacidad de hacer sus trabajos y eventualmente, mueren. El cerebro con la enfermedad tiene una gran cantidad de placas y enredos. Las placas son depósitos de un fragmento de proteína llamado beta amiloide que se acumula en los espacios ubicados entre las células nerviosas. Los enredos son fibras retorcidas de otra proteína llamada tau que se acumula dentro las células. Aunque los estudios de autopsias muestran que la mayoría de las personas desarrollan algunas placas y enredos a medida que envejecen, las personas con Alzheimer tienden a desarrollar muchos más. También tienden a desarrollarlos en un patrón predecible, a partir de las áreas importantes para la memoria, antes de extenderse a otras regiones

De acuerdo con Gutiérrez y Arrieta cuando hablan del Alzheimer de forma neuronal se encuentra Feria (2014) donde menciona que la mayoría de los que han estudiado esta enfermedad cree que desactivan o bloquean la comunicación

entre las células nerviosas e interrumpen los procesos que las células necesitan para sobrevivir. La destrucción y la muerte de las células nerviosas provocan fallas en la memoria, cambios en la personalidad, problemas para llevar a cabo las actividades diarias y otros síntomas de la enfermedad del Alzheimer.

Aunque no se sabe a ciencia cierta la razón por la que estas células fallen, si se han podido identificar ciertos factores de riesgo que aumentan la posibilidad de desarrollar la enfermedad de Alzheimer (ver la figura 3).



Figura 4. Cerebro humano con la enfermedad del Alzheimer. Recuperado de:
<http://www.blog.exitoforever.com/enfermedad-de-alzheimer/>

Existen diferentes factores de riesgo que hacen que padecer la enfermedad se mas factible. Algunas de ellas son:

Edad: El principal factor de riesgo conocido es la edad. La mayoría de las personas con la enfermedad tiene 65 años o más. Una de cada nueva persona adulta mayor tiene la enfermedad. Casi un tercio de personas de 85 años o más tiene la enfermedad de Alzheimer.

Antecedentes familiares: Algunas investigaciones han demostrado que las personas cuyo padre, madre, hermano o hermana padecen Alzheimer son más propensas a desarrollar la enfermedad que aquellas sin un familiar cercano con la

enfermedad. El riesgo aumenta si más de un miembro de la familia padece la enfermedad.

Alzheimer familiar y genética: dos categorías de genes que influyen en el hecho de que una persona desarrolle una enfermedad: los genes de riesgo y los genes determinantes. Los genes de riesgo aumentan la probabilidad de desarrollar una enfermedad, pero no garantizan que ocurrirá. Los genes determinantes provocan directamente una enfermedad, lo que asegura que quien herede uno, desarrollará un trastorno.

Otros factores de riesgo: Existe un fuerte vínculo entre una lesión grave en la cabeza y un riesgo futuro de desarrollar la enfermedad de Alzheimer, así como las enfermedades del corazón, diabetes, derrame cerebral, presión arterial alta y colesterol alto, son algunos problemas que pueden desprender en que se genere este padecimiento.

No todos los que experimentan pérdida de la memoria u otras posibles señales de advertencia de Alzheimer reconocen que tienen un problema. A veces, los signos son más evidentes para los miembros de la familia o amigos.

Alejo (2009) hace referencia a que no hay una sola prueba que demuestre que una persona tiene la enfermedad de Alzheimer, pero que el chequeo está diseñado para evaluar la salud general e identificar cualquier condición que pueda afectar la forma en la que la mente está trabajando. Cuando se hayan descartado otras condiciones, el médico puede determinar si se trata de la enfermedad de Alzheimer u otro Trastorno Neurocognitivo.

Los puntos principales para el diagnóstico son:

Revisión de la historia clínica: Se entrevista al adulto mayor y a otras personas cercanas a ella (hijos, nietos, personas que estén cerca de él) para reunir información sobre las enfermedades mentales, físicas actuales y pasadas así como los antecedentes de las condiciones medicas claves que afectan a otros

miembros de la familia, especialmente si pueden padecer o padecieron la enfermedad de Alzheimer.

Evaluación del estado de ánimo y del estado mental: Las pruebas de estado mental evalúan la memoria, la capacidad de resolver problemas simples y otras habilidades de pensamiento.

Estas pruebas brindan una idea general si la persona:

- ✓ Es consciente de los síntomas: Al realizar la entrevista inicial, se va realizando una lista de los síntomas que reporta y se averigua si lo hace de manera individual o necesita ayuda de un familiar o persona que lo acompaña.
- ✓ Conoce la fecha, la hora y dónde está: El médico puede preguntarle al paciente su dirección, qué año es, en dónde se encuentra.
- ✓ Puede recordar una lista corta de palabras, seguir instrucciones y hacer cálculos sencillos: Se le muestra una lista de palabras que van de lo sencillo a lo complejo y se le pide que lo recuerde de memoria, haciendo lo mismo con las operaciones matemáticas.

También se evalúa el estado de ánimo y la sensación de bienestar para detectar depresión u otras enfermedades que pueden causar pérdida de memoria y confusión.

Examen físico y pruebas de diagnóstico: Donde se evaluará;

- ✓ Evaluar la dieta y nutrición del adulto mayor: La falta de una buena alimentación ayuda a que la enfermedad del Alzheimer lleve un proceso más rápido.
- ✓ Revisar la presión arterial, la temperatura y el pulso: Revisar los signos vitales de manera frecuente puede alertar al adulto mayor sobre alguna anomalía y así poder tener un diagnóstico a tiempo.

- ✓ Escuchar el corazón y los pulmones: Previene y alerta de otras afecciones que pueda padecer el paciente.
- ✓ Realizar otros procedimientos para evaluar la salud en general: El médico puede pedir análisis clínicos para conocer si el paciente no sufre de algún tipo de infección, diabetes, insuficiencia renal o enfermedad hepática, deficiencias de vitaminas, anomalías tiroideas y problemas relacionados con el corazón, los vasos sanguíneos o los pulmones. Todas estas enfermedades pueden causar confusión en el pensamiento, problemas de concentración, de memoria u otros síntomas similares al Alzheimer.

La información de todo esto puede ayudar a identificar trastornos tales como: la anemia, infecciones, diabetes, insuficiencia renal o enfermedad hepática, deficiencia de vitaminas, anomalías tiroideas y problemas relacionados con el corazón, los vasos sanguíneos o los pulmones. Todas estas enfermedades pueden causar confusión en el pensamiento, problemas de concentración, de memoria u otros síntomas similares a la demencia.

Examen neurológico: Se evaluará de cerca a la persona para verificar si hay problemas que puedan ser señal de trastornos cerebrales diferentes a la enfermedad de Alzheimer, evaluando:

- ✓ Reflejos
- ✓ Coordinación
- ✓ Tono y fuerza muscular
- ✓ Movimiento de los ojos
- ✓ Habla y sensación

El examen neurológico consta de un estudio sobre imágenes cerebrales. Los tipos más comunes son la imagen por resonancia magnética o la tomografía

computarizada. Estas pueden revelar la presencia de tumores, evidencias de apoplejías, daños causados por un trauma grave en la cabeza o acumulación de líquido.

La enfermedad de Alzheimer cambia la vida de la persona diagnosticada y de que aquellos que lo rodean. Si bien en la actualidad no existe una cura, si hay tratamientos disponibles que pueden ayudar a aliviar algunos síntomas. Las investigaciones han demostrado que aprovechar todas las opciones disponibles de tratamiento, atención y apoyo puede mejorar la calidad de vida.

Feria (2006) divide al Alzheimer en tres etapas: temprana (leve), moderada (intermedia) y avanzada (severa). La enfermedad va de manera progresiva agravándose con el tiempo, pero en curso de está es diferente en cada persona. Después del diagnóstico, quienes padecen Alzheimer viven un promedio de cuatro a ocho años. Sin embargo, algunos pacientes pueden vivir hasta 6 años en la etapa moderada.

Etapa temprana (leve): Donde es posible que la persona con la enfermedad de Alzheimer funcione independientemente. Tal vez aun pueda conducir un auto, trabajar e involucrarse en actividades sociales. A pesar de esto, la persona puede sentir que está experimentando lagunas en la memoria, como olvidar palabras conocidas o la colocación de objetos comunes de la vida cotidiana.

La familia, los amigos, o los colegas empiezan a notar dificultades como, problemas para acordarse de la palabra o nombre correcto, mayor dificultad para realizar tareas en entornos sociales, olvida textos que acaban de leer, perder o poner fuera de lugar objetos.

Etapa moderada (intermedia): El Alzheimer típicamente es la más larga y puede durar varios años. A medida que la enfermedad progresa, los que la padecen requieren un nivel de cuidado más alto.

Las personas tienen dificultades para abotonarse una camisa, se siente frustrada o enojada, o actúa de manera desconcertante, como, por ejemplo, negarse a

bañarse. El daño provocado a las células del cerebro dificulta la expresión de pensamientos y cumplir con tareas de rutina. Los síntomas que comenzaron a manifestarse en la etapa temprana, ahora se vuelven más notorios y pueden incluir: pérdida de la memoria de su propia historia personal, comenzar a tener un carácter alterado o introvertido, especialmente en situaciones desafiantes a nivel social o mental.

Etapa avanzada (severa): En la etapa final de la enfermedad, las personas pierden la capacidad de responder al entorno, sostener una conversación y, finalmente, controlar el movimiento. Las personas aún pueden decir palabras o frases, pero comunicar el dolor se vuelve más difícil. Es posible que se presenten cambios en la personalidad y que las personas necesiten un nivel considerable de ayuda con las actividades cotidianas. En esta etapa la persona puede: requerir ayuda las 24 horas del día con actividades y para el cuidado personal cotidiano, perder la conciencia de experiencias recientes así como su entorno, cambios en las habilidades físicas, incluyendo la habilidad de caminar, sentarse y comer, mayor dificultad para comunicarse, ser vulnerable a infecciones, especialmente neumonía.

Actualmente, no existe una cura para la enfermedad de Alzheimer ni una manera de detener la muerte de las células cerebrales subyacentes. Pero los medicamentos y los tratamientos psicológicos pueden ayudar tanto en síntomas cognitivos como en los del comportamiento.

El Alzheimer es una de las enfermedades que afecta a la población mexicana con más frecuencia, esos pequeños olvidos con los que comienza el paciente al principio puede tornarse gracioso porque se perciben como torpezas o distracciones sin embargo cuando esos olvidos comienzan a hacerse frecuentes causan en el paciente y en sus familiares preocupación y angustia, negándose a acudir al médico, cuando se da el diagnóstico causa gran impresión tanto en el adulto mayor como en los familiares, es una situación de frustración porque no se podrá hacer mucho por el paciente, la familia no se siente preparada para afrontar

la enfermedad, cuestiones que se van aclarando con el paso del tiempo y con la información adecuada. Es un proceso muy largo, donde se ve como la persona querida va decayendo de manera progresiva y es una impresión muy fuerte ya que se va notando la diferencia, es importante darle calidad de vida, tiempo, paciencia y mucho amor a esa persona que siempre dio lo mejor por su familia y el medio donde se desarrollo.

2.2.2. Demencia Senil

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la demencia como un síndrome, de naturaleza crónica progresiva, que se caracteriza por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento). La demencia afecta la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. Es una enfermedad crónica que tiene un importante impacto físico, psicológico, social y económico en la sociedad, y principalmente en las familias y los cuidadores encargados de estas personas.

En relación con el costo que conlleva esta enfermedad, las demencias constituyen el tercer problema sanitario en importancia en cuanto al costo económico que genera, ya que es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas adultas mayores.

Por lo general, la Demencia Senil se produce por una pérdida de neuronas. Las causas lo inducen son múltiples, pudiendo ser degenerativas, metabólicas, endocrinológicas, infecciosas, vasculares y neoplásicas (Ver figura 5).

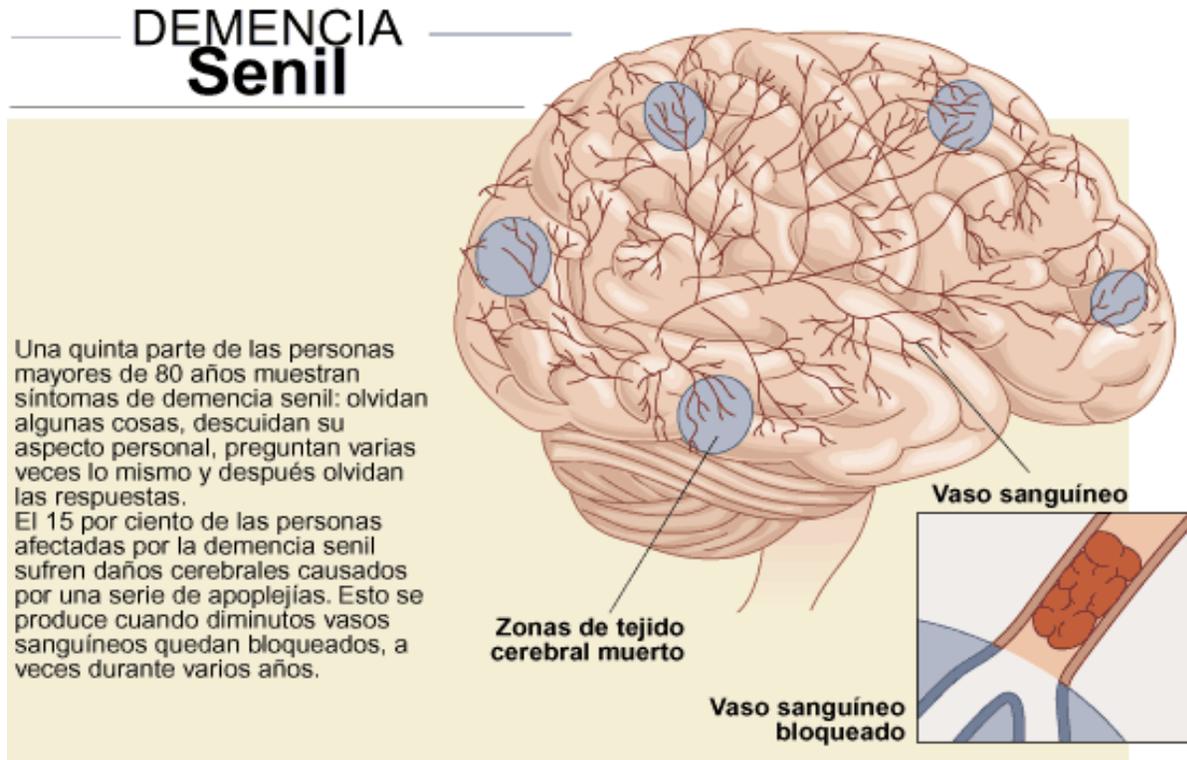


Figura 5. Cerebro con Demencia Senil. Recuperada de: <http://www.encyclopedia/biologia/sistema-nervioso/Enfermedades-del-Sistema.htm>

De acuerdo con Cubero (2007) existen factores de riesgo que pueden provocar o llevar a la Demencia:

- ✓ La enfermedad del Alzheimer
- ✓ Daños o lesiones cerebrales importantes
- ✓ Esclerosis múltiple
- ✓ Enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA o la sífilis
- ✓ La encefalitis bacteriana
- ✓ La enfermedad de Huntington

- ✓ La enfermedad de Lyme
- ✓ Parkinson
- ✓ La enfermedad de Pick
- ✓ Tumores cerebrales
- ✓ Síndrome de Down
- ✓ Parálisis supra-nuclear progresiva

Así como existen algunas causas que pueden llegar a producir Demencia Senil que pueden corregirse o al menos contrarrestarse si se detectan a tiempo

- ✓ Lesión cerebral medio o moderada (un golpe muy fuerte en la cabeza)
- ✓ Tumores del cerebro
- ✓ Exposición continuada al plomo o al mercurio
- ✓ Consumo excesivo de alcohol
- ✓ Cambio en los niveles de azúcar, calcio y sodio en la sangre que pueden provocar demencias de tipo metabólico
- ✓ Uso de ciertos medicamentos para bajar el nivel de colesterol o para tratar distintas patologías
- ✓ En casos muy concretos la causa de la demencia puede ser la falta de niveles adecuados de niancina y tiamina (vitaminas del grupo B) y cuando se consiguen recuperar los niveles normales se reducen los síntomas de la demencia.

La pérdida de memoria es uno de los primeros síntomas que se manifiestan en estos pacientes y a lo largo de su evolución van añadiéndose otros déficits como: afasia, apraxia, agnosia, desorientación, disfunciones sensoriales y conductuales e incapacidad para el razonamiento. Esta incapacidad aumenta progresivamente a

lo largo de la enfermedad, donde en los estadios más avanzados, el paciente no puede realizar las más elementales actividades de mantenimiento y requiere una atención permanente. Todo ello genera que el adulto mayor vea una notable reducción en su calidad de vida (Saxena, Wortmann, Acosta, Prince y Khisnamoorthy, 2013).

La progresiva pérdida de memoria provoca que el enfermo con Demencia Senil olvide qué son y cómo se deben realizar sus actividades cotidianas, como por ejemplo; tomar un baño puede convertirse en una situación angustiosa o de estrés al tener que ser aseados por personas ajenas. Esto puede generar en la persona enferma confusión, inseguridad o miedo.

Existen numerosos síntomas o señales que alertan de la aparición de esta enfermedad aunque no siempre son muy claras en la fase inicial. Estas señales se producen en las actividades cerebrales que afectan al comportamiento habitual, a la memoria, la expresión oral y a la capacidad de razonar sobre hechos cotidianos.

Rota (2014) menciona algunos síntomas que podrían alertar al adulto mayor y sus familiares sobre el padecimiento de la Demencia Senil, como:

Pérdida de memoria: Comienzan a olvidarse fechas, citas, tareas o encargos relacionados con acontecimientos recientes. Se repiten preguntas como ¿ha venido alguien a verme? ¿Qué hemos comido? ¿Me han llamado por teléfono? Empiezan a olvidar nombres de familiares, amigos y de objetos cotidianos del trabajo o del hogar.

Repetición de preguntas: ¿Qué hora es? ¿Qué día es hoy?

Ansiedad e impotencia con cambios bruscos de humor: al no poder controlar situaciones cotidianas aparecen cuadros de ansiedad e impotencia que terminan con cambios de humor. Cada vez comienza a notarse más irritante.

Problemas de orientación: Estando en casa preguntan ¿Dónde estoy? ¿A dónde vamos? Olvidan el camino a lugares a los que antes frecuentaba. Aparecen cuadros de desorientación parcial o total.

Desorden en el hogar: Cambian las cosas de sitio y después no recuerdan dónde las han puesto como, las llaves, controles, celulares, ingredientes para cocinar, ropa, lentes, etcétera. Empiezan a aparecer objetos en los sitios más extraños: llaves en el congelador, lentes en la caja de zapatos, etcétera.

Torpeza de movimientos: Comienzan a tener dificultades para cocinar, abrir puertas, conducir, manejar el control de la televisión, etcétera. No pueden llamar por teléfono, tienen problemas para hacer cosas en lo que antes eran buenos como jugar cartas, cocinar, dibujar o escribir. Pierden coordinación física e incluso tienen problemas de equilibrio, ya que las caídas comienzan a ser frecuentes.

Apatía: Comienzan a perder interés por tareas que antes le gustaban y algunos adultos mayores presentan síntomas de fatiga sin haber realizado algún esfuerzo.

Comportamientos inadecuados: El paciente comienza a tener actitudes extrañas o inapropiadas, actitudes que están fuera de lugar, que afectan a la relación con sus amigos y familiares, como por ejemplo, se olvidan ponerse la ropa, salen a la calle sin aseo personal, etcétera.

Insomnio: Es un síntoma frecuente en las personas mayores pero se acentúa en los enfermos de demencia senil.

El diagnóstico de la Demencia Senil normalmente comienza con un examen completo con especial detenimiento en el análisis del sistema nervioso. Durante el reconocimiento se analizará con los familiares y personas que están cerca del paciente síntomas, así como toda la historia clínica completa.

Si el historial médico así lo determina se suelen realizar otras pruebas para comprobar si la existencia de otras patologías pueden estar motivando la demencia o agravando sus síntomas. Las patologías pueden ser; posibles tumores

o quistes en el cerebro, anemia grave, infecciones crónicas, depresión, medicación excesiva, problemas de tiroides, déficit de algunas vitaminas, alcoholismo y otras adicciones.

Alanis, Garza y González (2008) mencionan tres fases de la Demencia Senil (inicial, moderada y severa).

En la fase inicial:

- ✓ Se dificulta la posibilidad de ejecutar varias cosas al mismo tiempo
- ✓ Se comienzan a olvidar conversaciones recientes. Se vuelve olvidadizo.
- ✓ Se tarda más tiempo en tareas intelectuales difíciles o incluso aparecen dificultades en tareas habituales que necesiten que se piense un poco como, jugar a las cartas o aprender cosas nuevas.
- ✓ Comienzan a extraviarse en rutas habituales: ir a casa de familiares, al supermercado, a la consulta del médico. Estos periodos de desorientación comienzan a ser cada vez más frecuentes y a la vez más pronunciados, llegando a perderse en su propia casa.
- ✓ La pérdida de la noción del tiempo comienza a generar que el adulto mayor pregunte la hora más de una vez, que día es, e incluso la estación del año.
- ✓ El adulto mayor pierde interés por las cosas que antes le llama la atención, por sus hobbies y sus tareas preferidas.
- ✓ Hay un cambio de personalidad y no interactúa con las personas como antes.

Es importante mencionar que estos síntomas pueden aparecer en personas que no tienen demencia senil y no van a desarrollarla en el futuro ya que puede deberse a otros motivos como la depresión y el estrés pero si aparecen en una persona adulta debe vigilarse su comportamiento para ver si puede ser un caso de Demencia Senil si los síntomas siguen avanzando.

Fase moderada: Con el avance de la enfermedad, los síntomas anteriores se van agudizando y haciendo más evidentes llegando incluso a afectar al desempeño diario del enfermo que ve limitada su capacidad para realizar tareas básicas e incluso para cuidarse adecuadamente, los síntomas llegan a:

- ✓ Producir insomnio.
- ✓ Dificultad gravemente o incluso impedir tareas básicas como conducir, preparar comidas o elegir ropa adecuada.
- ✓ Olvidos continuos de hechos o personas que generalmente viven y conviven con él.
- ✓ Aparecen cuadros de comportamientos violentos, agresiones, delirios y depresión. Es un período de confusión mental e inestabilidad emocional. Pueden llegar a producirse alucinaciones.
- ✓ Se dificulta la lectura y la escritura.
- ✓ Dificultades en el habla y en la identificación de las palabras correctas.
- ✓ Repetición de incidentes con familiares y amigos que provoca que el adulto mayor se aleje de sus círculos sociales.
- ✓ Comienza perder la capacidad de entender y razonar, lo que comúnmente se denomina “perder el juicio”.
- ✓ Comienza a necesitar ayuda de los familiares para realizar tareas cotidianas.

En esta fase la memoria se pierde progresivamente llegando a olvidarse los acontecimientos más recientes como la última comida, las visitas recientes de amigos o familiares, el nacimiento, matrimonio o fallecimiento de familiares y amigos. Comienzan las quejas porque se siente abandonado al no recordar las visitas de sus familiares. Los recuerdos lejanos permanecen intactos y comienza a recordar personas que hace décadas no ven.

Fase Severa: El adulto mayor que la padece no puede:

- ✓ Comer sin ayuda por lo que se produce una pérdida continua de peso corporal
- ✓ Reconocer familiares
- ✓ Hablar, leer o escribir
- ✓ Cuidar su higiene personal, vestirse o bañarse. Aparece la incontinencia urinaria e incluso la defecación no controlada.
- ✓ Tienen dificultades para caminar y mantener el equilibrio.
- ✓ Los que aun pueden caminar sin ayuda, salen de casa y deambulan sin orientación alguna ya que no reconocen el entorno y no pueden volver a su casa.
- ✓ La memoria comienza a perderse por completo, olvidando acontecimientos lejanos como recientes. Se olvidan de caras y las personas hasta el punto de no reconocer a los hijos o al cónyuge. Es importante destacar que si perciben las emociones y detectan perfectamente un trato amable y el amor que puede ofrecerle un familiar.
- ✓ El comportamiento es totalmente imprevisible ya que en cualquier momento puede empezar a llorar, a gritar o a alterarse mucho, tiene reacciones inadecuadas y no entienden explicaciones lógicas. Pierden la coordinación de sus movimientos por lo que no pueden levantarse de la cama o no pueden andar y no controlan sus esfínteres. El habla se deteriora todavía más llegando balbucear, a repetir continuamente palabras con o sin sentido y muchas personas llegan a no entender lo que se les dice.

Actualmente no existe un medicamento o tratamiento definitivo que pueda detener totalmente o eliminar los efectos de la Demencia Senil aunque existen algunos fármacos que ayudan a retrasar los efectos o el avance de la Demencia, son

fármacos que no eliminan la enfermedad ni curan o reparan los efectos o daños cerebrales existentes pero sí pueden manejar síntomas y frenar el avance de la enfermedad. Con ellos se consigue mejorar un poco la calidad de vida del paciente y de sus familiares.

Cada adulto mayor con esta enfermedad evoluciona de una manera y una velocidad distinta. Estas fases son progresivas pero en algún momento puede detenerse la enfermedad en una de estas y puede mantenerse durante bastante tiempo sin avance alguno para de pronto seguir progresando.

Cuando se habla de Demencia Senil se piensa que es un término muy fuerte que se asocia a la muerte. Al comienzo no se nota el deterioro al que se enfrenta el paciente pero en un período de 6 meses a 1 año el cambio es notorio de manera significativa, se observa cómo va perdiendo la memoria, el habla pero sobre todo como se vuelve dependiente, es una de las enfermedades que mas desgaste tiene para el adulto mayor y para la persona que la cuida. Si se tienen los cuidados adecuados y ofreciéndole el mejor trato es como se puede sobrellevar la enfermedad, recordando que ellos pierden la memoria pero son capaces de sentir el afecto y la intención que les brindan cada día.

En el siguiente capítulo se abordará el tema de los cuidadores principales; como se ha mencionado anteriormente son ellos quienes llevan toda la responsabilidad del bienestar del adulto mayor.

3. EL CUIDADOR PRINCIPAL

Con el envejecimiento de la población mexicana y el incremento en las tasas de supervivencia de los Trastornos Neurocognitivos, se ha elevado el número de personas dedicadas al cuidado de familiares enfermos.

Cuidar a un adulto mayor dependiente es una tarea difícil, cansada y de gran responsabilidad, que demanda realizar actividades para los que no se está preparado y que no siempre son agradables. La mayor parte de las veces, convertirse en cuidador es algo que no se espera y despierta sentimientos conflictivos. Los propios intereses y malestares pasan a segundo plano para enfrentar el reto de atender a otra persona. En pocas palabras, ser cuidador implica perder actividades y oportunidades donde el cuidador se enfrenta a un reto mayor, mantener el equilibrio entre la atención a la persona mayor dependiente y la conservación de la vida y salud propia.

En diversos estudios se muestra que el hecho de cuidar a una persona enferma o discapacitada supone cambios que afectan la vida de la persona que cuida, no sólo en el ámbito personal, sino también familiar, laboral y social con repercusiones negativas en la salud física y psicológica.

Algunos autores hablan del “síndrome del cuidador” como una sobrecarga física y emocional que conlleva el riesgo de que el cuidador se convierta en paciente y se produzca el rompimiento familiar (Bermejo y Martínez, 2011).

3.1. El papel de la familia con un adulto mayor enfermo

La aparición de un Trastorno Neurocognitivo en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición. Podría considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros.

Los cambios que se producen en las familias en relación con la enfermedad no siguen un patrón específico, si no están dados por las propias características familiares, tales como su etapa del ciclo vital, el momento de la vida del paciente, el grado de solidez de la familia, el nivel socioeconómico, la historia familiar, etcétera.

En la familia ante la aparición de un Trastorno Neurocognitivo genera una serie de desajustes en la manera de convivir y funcionar por parte de sus miembros, lo que conlleva a un procesamiento de la información relacionada con la misma, a la cual se le añaden valores, costumbres y definiciones tanto del significado de la enfermedad en sí misma, como de las necesidades que tiene la familia para enfrentarla.

Cuando aparece un Trastorno Cognitivo se genera una serie de respuestas adaptativas, que pudieran llevar a mayor estrés a la familia y una crisis más severa, debido a la capacidad que tiene a desorganizar un sistema familiar, al igual que pudiera hacerlo una separación, la pérdida de algún ser querido, el nacimiento del primer hijo, etcétera; el desajuste puede tener diferentes intensidades, las cuales van a estar influenciadas por el tipo de Trastorno y la dinámica del grupo familiar en torno a ella.

Fernández (2014) propone que además del procesamiento de la enfermedad (conocer de qué se trata, sus causas, consecuencias y tratamiento) y el tipo de respuesta que tienen que afrontar, existen otros factores que intervienen en el impacto familiar de un paciente con un Trastorno Neurocognitivo, como son:

Etapa del ciclo vital: Debe tomarse en cuenta el momento en que el Trastorno sorprende a la familia, las tareas propias de esa etapa y la posición de cada uno de sus miembros. El impacto de la enfermedad será diferente en cada momento de la vida de cada familia y del miembro al que le ocurra.

Flexibilidad o rigidez de roles familiares: La aparición de un Trastorno Neurocognitivo supone una profunda crisis familiar a la que podrán responder

mejor, cuanto más flexibles puedan ser. En el momento en que aparece la enfermedad puede ocurrir que ésta afecte la distribución de roles, pues inmediatamente después, tendrán que negociar cada uno de ellos y en muchas ocasiones compartirlos. El rol más importante que es la del cuidador principal es el que generalmente se asigna a la mujer y genera conflicto porque implica el descuido de sus otras funciones, tales como el cuidado de los hijos, del esposo y de su casa. De esta manera se puede esperar que las familias con mayor rigidez presenten dificultades para responder a la crisis ya que no se pueden adaptar a las nuevas condiciones de la dinámica familiar.

Cultura familiar: Resulta difícil hablar del impacto de la enfermedad en las familias sin considerar un aspecto tan fundamental como es la cultura familiar. Este conjunto de valores, costumbres y creencias que comparten los miembros, intervienen en la evolución y desenlace de cualquier enfermedad.

Nivel socioeconómico: No es lo mismo que un Trastorno Neurocognitivo aparezca en una familia de escasos recursos económicos a que ocurra en una económicamente estable. Evidentemente la crisis familiar en la primera va a ser mayor, ya que la desorganización provocada por la enfermedad se va a percibir en todos los ámbitos. La familia requerirá durante la enfermedad mayor cantidad de recursos económicos por concepto de medicamentos, consultas, transporte, alimentación especial, acondicionamiento físico de la vivienda, etcétera. Si el adulto mayor es el proveedor, será necesaria la reorganización de los roles, de tal forma que algún otro miembro deberá cumplir con la función dejando atrás su rol habitual de estudiante, trabajador o ama de casa.

Comunicación familiar: El hecho de que el paciente sospeche lo que va a ocurrir sin que pueda confirmarlo, lo sumerge en una gran soledad y depresión causadas por la incertidumbre del complot familiar y trae consigo más problemas que beneficios, no solo para él, sino también para la familia.

Capacidad del grupo familiar para la resolución de conflicto: La capacidad de respuesta familiar a los conflictos es un indicador pronóstico del impacto que tendrá la enfermedad en el grupo.

Aislamiento y abandono: Durante el proceso degenerativo de un Trastorno Neurocognitivo, la familia busca aislarse para poder manejarla de la mejor manera posible, por lo que limita sus relaciones sociales al cuidado del paciente.

Al comienzo, antes del diagnóstico, existen conflictos con el adulto mayor; se le critica por descuidado, por cometer errores y como el paciente rechaza esas acusaciones se llega a situaciones de mucha tensión.

Una vez entregado el diagnóstico y observadas las primeras señales de la enfermedad, puede existir rechazo, y se buscan otras opiniones cambiando de médico en varias ocasiones. Al aceptar el diagnóstico se siente angustia por el futuro, temor a que la enfermedad pueda ser hereditaria o sentirse culpable por no haberse dado cuenta antes. Es en esta etapa donde la familia tomará la decisión de nombrar al cuidador principal, una figura que realice el cuidado diario y prolongado del enfermo, una persona que deberá responsabilizarse del bienestar, la cobertura de necesidades básicas e instrumentales y de las demandas del enfermo, en el transcurso de un periodo de tiempo que es indeterminado. (Moreno, 2011).

Carreta, Pérez, Sánchez-Valladares y Balbás (2015) propone tres fases de la enfermedad según las vive la familia:

Fase leve: En esta primera fase la familia se encuentra perdida, no puede creer lo que está ocurriendo. Al principio pueden creer que será pasajera pero conforme van adquiriendo información se dan cuenta que pasará un largo tiempo y sienten miedo. Los sentimientos negativos que viven se van incrementando con los cambios de personalidad del enfermo, pues no saben cómo afrontarlos.

Fase moderada: En esta fase la familia ya no está en contacto con el enfermo, ya le dejan el cargo al cuidador principal y es donde debe comenzar a adaptarse a los

cambios que tiene el enfermo así como los cuidados que debe recibir. Posiblemente se trata de la fase más difícil y larga, porque el empeoramiento del enfermo es cada vez mayor y aparecen las alteraciones de conducta que minan la salud física y psicológica del cuidador.

Fase grave: Se trata de la última fase de la enfermedad, donde la familia se ve alejada por completo del enfermo y el cuidador se encuentra con un gran desgaste físico y emocional. Asimismo, en esta fase muchos familiares ingresan a sus enfermos en el hospital y se olvidan de ellos.

Estas fases no tienen un tiempo específico de desarrollo pero se ha visto que en la mayoría de las familias mexicanas suelen suceder. La familia como eje central en la cultura juega un papel importante para el cuidado del adulto mayor.

En la familia, el cuidador y especialmente en el paciente, los miedos siempre están presentes por la continua tensión emocional, por este motivo no permite que la familia funcione de manera natural (que no haya cambios de roles); la angustia de no estar presente en el momento de la muerte, de no proveer los cuidados pertinentes o que la condición económica de la familia es intolerable, genera mucho estrés especialmente para el cuidador. Aunado a esto, el paciente teme no poder soportar la enfermedad, el dolor, el sufrimiento y el remordimiento por las cosas que quedaron pendientes y que cree que no podrá resolver.

Cuando la familia involucra en el proceso de la enfermedad del adulto mayor no solo está pendiente de él, sino del cuidador quien es el que lleva todo el peso ya que no solo carga con sus necesidades sino también con las del enfermo, la unión que presenta cada familia depende de sus integrantes pero no hay que olvidar que ellos dieron lo mejor de sus vidas y que ahora merecen tener una vejez de calidad.

3.2. El cuidador principal

Cuando un adulto mayor es diagnosticado con un Trastorno Neurocognitivo se genera en la familia un sin número de situaciones e interrogantes, entre ellas: ¿Quién se hará cargo de los cuidados del adulto mayor?, es decir, la persona que desempeñará la función del cuidador.

Jamieson y Illsley (1993) describen que un cuidador es la persona que se encarga de los cuidados parciales y totales de personas no autónomas que viven en su domicilio o muy cerca de este.

Posteriormente Montoya (2000) hace referencia a que un cuidador primario es aquella persona que se encarga de proveer múltiples cuidados a un individuo que por alguna situación determinada no los puede realizar por sí mismo.

Finalmente la definición que se tomará para esta tesina y que proponen Astudillo, Mendinueta y Astudillo (2002) es que el cuidador es la persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, por lo general esposo (a), hijo (a), un familiar cercano o alguien que le es significativo. Es el que se solidariza con el adulto mayor y el que desde el inicio comprende que tiene que afrontar la realidad que afecta a su ser querido.

Por su parte Bermejo y Martínez (2010) clasifican tres tipos de cuidador:

- ✓ Cuidador primario o principal: Es la persona encargada de la mayor parte del cuidado del paciente, sin recibir ninguna remuneración económica. Por lo general este vive en el mismo domicilio. Es principalmente un familiar de primer grado del adulto mayor.
- ✓ Cuidador secundario: Es aquella persona o personas con una formación adecuada para cuidar al paciente y que reciben una remuneración económica por los cuidados prestados.

- ✓ Cuidador terciario: Son aquellas personas en su mayoría familiares y amigos muy allegados que forman parte de sus sistema o entorno y colaboran en mayor o menos medida en la intención y cuidados al paciente.

En nuestro entorno existen más cuidadores de los que suponemos, pero esta labor no es considerada como un trabajo ya que ellos asumen el cuidado como una responsabilidad, un deber u obligación, algunos lo hacen porque piensan que la enfermedad es pasajera y con la recuperación del paciente, los dos retomarán sus vidas cotidianas en un corto tiempo; no obstante enfermedades degenerativas como el Alzheimer o la Demencia Senil representa un giro inesperado en la mayoría de los casos a su proyecto de vida, el peso más fuerte recae sobre el cuidador primario elegido de manera directa o indirecta por los miembros de la familia.

Durante el proceso degenerativo de los Trastorno Neurocognitivos (Alzheimer y Demencia Senil) en las primeras etapas de desarrollo, surge el cuidador principal. Con frecuencia se trata de una de las hijas que se hace cargo de la situación, aunque también otros familiares o cuidadores la ayuden. Así que el cuidador principal:

- ✓ Contrae una gran carga física y psicológica
- ✓ Se responsabiliza de la vida del enfermo: medicación, higiene, cuidados, alimentación, etcétera.
- ✓ Va perdiendo paulatinamente su independencia porque el enfermo le absorbe cada vez más.
- ✓ Se desatiende a sí mismo, no toma el tiempo libre necesario para su ocio, abandona sus aficiones, no sale con sus amistades, etcétera.
- ✓ Y finalmente paraliza durante algunos años su proyecto de vida.

Sin embargo, debido al vínculo afectivo que existe entre cuidador y paciente lo más probable es que al inicio del tratamiento y cuidados se realice esta actividad

con la mayor predisposición y agrado, ya que todos se comprometen a “ayudar” en el proceso, a medida que el tiempo transcurre las redes de apoyo familiar van desvaneciéndose y todas las responsabilidades terminan recayendo sobre el cuidador principal; de esta manera el enfermo será cada vez más demandante debido a que éste termina convirtiéndose en su única ayuda. Esta situación desencadena que con el paso del tiempo la persona que asumió todos los cuidados quizá con entusiasmo y dedicación se aleje cada vez más de sus propios proyectos personales, lo que representa una ruptura en el ciclo de la vida de esta persona generando en ella factores o síntomas que resultan nocivos y que repercuten no solo en su salud física sino también en su salud psicológica.

La mayor parte de las veces convertirse en cuidador es algo fortuito. Los propios interés y dolencias de la familia pasan a segundo plano para enfrentar el reto de atender a otra persona y al final esta función se considera solo como una extensión de las tareas domésticas; condicionando que el cuidador pierda de manera progresiva sus actividades previas y oportunidades.

3.3. Características del cuidador principal

Para poder abordar las características generales que tiene un cuidador principal es necesario revisar algunas investigaciones previas, que tienen como objetivo describir las situaciones tanto personales, familiares y económicas que tiene una persona que cuida a un adulto mayor con un Trastorno Neurocognitivo.

Un estudio realizado en Veracruz por Bello (2012), en la Unidad Médico Familiar N°66 se realizaron 281 entrevistas a cuidadores que llevaban a sus pacientes a consulta en donde se les realizó una entrevista y se les aplicó la escala de Zarit y la escala de Barthel, que mide el grado de dependencia del paciente; los datos encontrados fueron (Ver tabla 2).

Características	Respuestas	Porcentaje
Sexo	Mujeres	79%
	Hombres	21%
Estado civil	Casado (a)	57%
	Soltero (a)	43%
Parentesco	Hija (o)	58%
	Esposa (o)	40%
	Soltera (o)	12%
Situación laboral	Empleados	43%
Sobrecarga	Ama de casa	63%
	Inexistente	48%
	Algún tipo de sobrecarga	52%
Dependencia hacia al cuidador	Dependientes	88%
	No dependientes	22%

Tabla 2. Características del cuidador con un adulto mayor con algún Trastorno Neurocognitivo.
[Elaborada por la autora de esta tesina]

Palomé, Gallegos, Xequé, Juárez y Peréa (2014) hicieron un estudio similar en el Hospital General de Querétaro específicamente en el área de medicina interna, donde se evaluaron las características que hay en un cuidador principal. Entrevistaron a 48 personas que van a consulta y cuidan de un paciente con un adulto mayor se les realizó una entrevista para conocer los datos sociodemográficos de las personas y posteriormente se les aplicó la escala de Zarit⁴ los resultados obtenidos fueron (Ver tabla 3).

⁴ Escala Zarit: Escala de sobrecarga del cuidador, mide el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de adultos mayores que padecen algún Trastorno Neurocognitivo (Zarit, 1980).

Características	Respuestas	Porcentaje
Ocupación actual	Ama de casa	53.6%
	Obrero	16.7%
Ingreso mensual	Menos de 2000	58.3%
	De 2000 a 4000	35.8%
	Más de 400	6.3%
Estado Civil	Casado	62.5%
	Unión libre	14.6%
	Soltero	22.9%
Parentesco	Hijo (a)	39.6%
	Madre	12.5%
	Pareja	29.2%
Sexo	Mujer	82%
	Hombre	28%
Sobrecarga	Ausente	43.75%
	Leve	43.75%
	Moderada	10.4%
	Severa	2.1 %

Tabla 3. Características sobresalientes de los cuidadores principales. [Elaborado por la autora de esta tesina]

En los estudios mencionados puede observarse que las características son similares aunque cambian en porcentaje; y es solo por el número de integrantes de la muestra y del lugar donde se realizaron.

Es por lo anterior que el género, la convivencia y el parentesco son las variables más importantes para predecir qué persona del núcleo familiar va a ser el cuidador principal.

Otros factores que se consideran son: edad, tiempo de dedicación y existencia de otras cargas familiares; así se pueden perfilar 2 principales cuidadores:

- ✓ Esposa (o) como cuidador: es más fácil aceptar la ayuda del cónyuge. Los maridos cuidadores reciben más ayuda de otros familiares que las esposas cuidadoras, e incluso es frecuente que las mujeres cuidadoras se resistan a buscar o recibir ayuda.
- ✓ Hijas e hijos como cuidadores: Descripciones como “la hija soltera, la hija favorita, la que menos carga familiar o de trabajo tiene, la que vive más cerca, la única mujer entre los hermanos”, suelen ser los principales rasgos que reúnen las cuidadoras y sobre las que recae esta responsabilidad.

Las características más singulares del cuidador principal son: mujer, esposa o hija del adulto mayor; tienen en general un nivel de cultura bajo; disfrutan de poco apoyo y perciben también como insuficiente (físico, instrumental, psíquico, etcétera) que reciben.

3.4. La sobrecarga como problemática del cuidador principal

Los cuidadores de personas con algún Trastorno Neurocognitivo, tienden a emplear gran parte de su tiempo en el cuidado de los pacientes, generando ciertas alteraciones en su cotidianidad que varían según el estado de la enfermedad (Robine, Michel y Herrman, 2007).

El cuidador también lleva grandes cargas de trabajo tanto objetivas como subjetivas, las cargas objetivas hacen referencia al tiempo ocupado en el cuidado del enfermo y el cumplimiento de las demandas debido a la gravedad de las alteraciones a nivel físico, cognitivo y social del paciente, y las cargas subjetivas

refiere a los sentimientos y las percepciones negativas que el cuidador tiene de su rol.

La causa que genera sobrecarga puede estar en la conformación del entorno y del núcleo familiar; sería de gran ayuda que dentro de la familia existiese una comunicación en repartir las tareas para el cuidado del que lo necesite, de esta manera se estaría asegurando que el peso del cuidado no recaerá solamente en el cuidador, que gasta tiempo, energía y otros recursos, sino que es un trabajo en conjunto y de responsabilidad de toda la familia.

Según la Asociación Familiar de Enfermos de Alzheimer (A.F.A), las principales características que puede padecer el cuidador principal, pueden ser el estar expuesto a una sobrecarga física y emocional y asumir una responsabilidad absoluta del enfermo en todo lo que tiene que ver con su medicación y cuidado general. Por la dependencia que tiene el enfermo con su cuidador, éste pierde poco a poco su independencia, se olvida de sí mismo y no se toma el tiempo libre para descansar, las aficiones y hobbies que tenía los abandona y deja de comunicarse con sus amigos, en otras palabras paraliza durante unos años su proyecto de vida (1994; citado por Roig 1998).

En los cuidadores de pacientes con Alzheimer o Demencia Senil, se ha encontrado que presentan síntomas depresivos, síntomas de ansiedad, sentimientos de culpa e impotencia, aislamiento social y sobrecarga (Sanders, Ott, Kerber y Noonan, 2008).

Las principales alteraciones psíquicas que presenta el cuidador son la depresión, la ansiedad y el insomnio, como manifestación de su estrés emocional. De ellas, la más frecuente es la depresión, con una prevalencia del 32%, esto especialmente cuando se cuida a pacientes con algún Trastorno Neurocognitivo. Las consecuencias de los problemas psíquicos del cuidador influyen de gran manera en el plano individual, familiar y lo que es más importante, en los propios cuidados del paciente incapacitado, por lo que se puede establecer una problemática de convivencia cuidador-paciente, cada vez más complicada (Rodríguez, 2007).

Por otro lado también tienden a la aparición de conflictos familiares, alteraciones laborales (ausentismo, conflictividad laboral, dificultad para compaginar horarios), dificultades económicas (menores ingresos económicos y mayores gastos en la adaptación de la vivienda), pérdida de contactos sociales y disminución o incluso abandono, de las actividades sociales y de ocio (tiempo dedicado a la familia y a los amigos).

Con todo lo anterior, se denomina carga o sobrecarga del cuidador, a la tensión que soporta el individuo por el cuidado de un familiar dependiente. La cual es una respuesta general al estrés físico, psicológico, social y económico que supone la actividad de cuidar.

La sobrecarga del cuidador también llamada Síndrome de Agotamiento o Síndrome de Burnout es el resultado de la combinación de estrés psicológico, tensión física y la presión emocional en relación con la carga objetiva de cuidar a alguien. La sobrecarga que supone cuidar puede provocar en el cuidador estados de ansiedad, estrés y depresión, además la existencia de un aumento de en los gastos derivados de la enfermedad dificultando su actividad.

Las funciones del cuidador dependen del grado de discapacidad del adulto mayor y están ligadas a la evolución de la enfermedad, por ello las necesidades del cuidador también irán cambiando a medida de la evolución del Trastorno Neurocognitivo.

La sobrecarga del cuidador puede provocar el abandono de este, es decir, muchos cuidadores tienen la sensación de sentirse física y emocionalmente atrapados y en algunos casos, incluso aparecen sentimientos de culpa si piensan en ellos mismos y estas percepciones les pueden provocar incapacidad para seguir atendiendo las demandas y necesidades del paciente.

Es difícil evaluar la sobrecarga del cuidador por ellos distintos autores como Zarit, Gwyther, Stone y Mallach investigan factores comunes y realizan escalas de medición. El cuestionario más extendido y el más citado en los estudios es el Zarit,

esta escala se compone de 22 ítems con un sistema de respuesta de 5 puntos y un rango de puntuación de 0 a 88 y es un cuestionario autoadministrable, con medidas subjetivas (Rodríguez y Lazcano, 2007).

También se utilizan otras escalas diseñadas para evaluar las consecuencias de la sobrecarga, valorando la ansiedad, depresión o calidad de vida relacionada con la salud. En el caso de la ansiedad es el Inventario de Ansiedad de Beck y en la depresión la escala de GDS (Escala de Deterioro Global) de Reisberg (Yesavage, Friedman, Bliwise, Singer y Vitiella, 2003).

El impacto que la sobrecarga tiene en la vida del cuidador viene determinado por su propia percepción, no por la percepción de otros familiares. Cabe mencionar que existen factores de riesgo relacionado con los Trastornos Neurocognitivos que determinan la sobrecarga del cuidador, dependiendo de la enfermedad y de él.

Beach, Schulz, Williamson, Miller, Weiner y Lance (2005) mencionan que los factores de riesgo que conciernen a la propia enfermedad son el deterioro cognitivo, la discapacidad funcional y los trastornos de conducta. Estos tres factores influyen en la sobrecarga del cuidador debido a que se produce un progresivo estado de dependencia que aumenta conforme avanza la enfermedad y por lo tanto van en aumento las necesidades de más apoyo.

Para Turró (2007) las mujeres tienen mayor riesgo de padecer sobrecarga debido a que ellas tienen una mayor implicación emocional y/o menos capacidad para resolver problemas; en los hombres cuidadores la sobrecarga comienza a manifestarse cuando no informan de sus sentimientos. En lo que se refiere a la relación de parentesco se observa que hay mayor riesgo de tener sobrecarga del cuidador cuando esta relación es más lejana y tiene otras responsabilidades como hijos a su cargo y así la presión aumenta.

Los Trastornos Neurocognitivos generan preocupación, incertidumbre y temor en el cuidador y provoca que las tareas cambien a lo largo del proceso, aumenta

progresivamente la carga física y psicológica, debido al aumento de actividad, vigilancia y atención que debe de prestar al adulto mayor.

Con la relación que tiene el cuidador con el paciente, va produciendo un aumento de la ansiedad y el estrés, incluso puede llegar a la depresión mayor, debido a las consecuencias emocionales y psicológicas que conllevan los cuidados requeridos y la propia enfermedad, estos problemas hacen que disminuya la capacidad de resolución de problemas y la capacidad de confrontación (Yasavage, Friedman, Bliwise, Siger y Vitiello, 2003).

El cuidador se ve afectado por una disminución de su autonomía y pérdida de la intimidad ya que por parte del paciente hay un aumento de la dependencia, esto conlleva una disminución del tiempo libre del cuidador e incluso del tiempo laboral y esto implica una disminución del contacto con la sociedad y pueden aparecer problemas de salud y sociales como se presentan a continuación, sobre todo si no hay una red de apoyo adecuada:

- ✓ Físicas: síntomas como dolor de cabeza, insomnio, hipersomnia diurna, pesadillas, alteraciones del sueños-vigila, respiratorias, hematológicas, infecciones gastrointestinales e incluso alteraciones inmunológicas.
- ✓ Psíquicas: Síntomas como estrés, ansiedad, depresión, irritabilidad, reacción de duelo, dependencia, temor a la enfermedad, culpabilidad, etcétera.
- ✓ Alteraciones socio-familiares: Puede aparecer aislamiento, rechazo, abandono, soledad, disminución o pérdida del tiempo libre.
- ✓ Problemas laborales: Absentismo laboral, bajo rendimiento, irritabilidad, tensión, pérdida del puesto de trabajo, etcétera.
- ✓ Alteraciones del funcionamiento familiar: Incremento de la tensión familiar, conflictos conyugales o familiares, ruptura familiar, etcétera.

- ✓ Problemas económicos: Disminución de los recursos disponibles tanto por la pérdida de ingresos como por el aumento de gastos.
- ✓ Problemas legales: Dificultades sobre la toma de decisiones.

Es importante valorar la carga que lleva y podrá soportar el cuidador principal así como el apoyo que recibe en su labor de cuidar día con día al adulto mayor. Si la carga es excesiva es conveniente establecer las medidas oportunas para evitar que se resienta su salud física y psicológica y con ellos aparezca el riesgo de abandonar sus labores y por lo tanto abandonar al adulto mayor.

Para que el cuidador principal pueda mantener un buen nivel de vida se debe aliviar o evitar la sobrecarga y sus repercusiones de forma efectiva. La sobrecarga puede ser reducida de forma indirecta con el tratamiento de la enfermedad (cuando hay mejora en el paciente por lo general las tensiones suele disminuir) o directamente con programas de intervención sobre el propio cuidador (Turró, 2007).

Las intervenciones de apoyo al cuidador son eficaces para la prevención y tratamiento de su excesiva carga. Son programas con actividades y evaluaciones periódicas de las cuales sus acciones que desarrollan son de psico-educación grupal o individual, grupos de apoyo, contacto telefónico o por internet, implicación de la familia, programas educativos, resolución de problemas y facilitación de recursos disponibles (Takahash, Tanaka y Miyooka, 2005).

Para la atención y ayuda para los cuidadores de enfermos con un Trastorno Neurocognitivo existen muchas maneras que pueden abordar el tema, como la terapia individual, los grupos de autoayuda, las nuevas tecnologías como los foros y los blogs.

Todo esto con la finalidad que les permita a los cuidadores afrontar mejor el día a día con el adulto mayor y así mejorar su situación personal y ofrecerle al paciente una mejor calidad de vida.

4. CASOS DE SOBRECARGA

La descripción que se hará en este capítulo hace referencia a dos experiencias de cuidadores principales de un adulto mayor con un Trastorno Neurocognitivo (Alzheimer y Demencia Senil). A pesar de no ser una tesis empírica porque no se presentarán resultados se realiza con la finalidad de ilustrar los capítulos anteriores de esta tesina.

Ejemplificar hará que como profesionistas, sociedad en general y familia se de la importancia de educarnos en el tema y si en algún momento se tiene una persona con algún Trastorno Neurocognitivo saber acompañar y apoyar a la persona enferma hasta el final; así como auxiliar, entender y comprender a la persona que adquiera el papel de cuidador principal quien tendrá una responsabilidad y para que su tarea sea más fácil con el apoyo en conjunto, se sienta acompañado, valorado y apoyado para realizar su trabajo.

Para realizar la descripción de los casos se realizó una plática con las personas involucradas, la enfermedad lleva de 5 a 6 años presentes en la vida de los pacientes y sus cuidadores y dónde estos últimos reportan sobrecarga.

4.1. Caso de cuidador con enferma de Alzheimer

En este caso se realizó la conversación con las hijas del cuidador principal (esposo de la paciente) ya que refieren que su padre no pudiera compartir la experiencia de manera abierta y detallada.

Para identificarlas dentro de la conversación será:

- ✓ H1: es la hija mayor.
- ✓ H2: es la hija menor.

La paciente es mujer, ama de casa tiene 84 años, tiene 4 hijos (2 varones y 2 mujeres, todas casadas y con familia) vive en la Ciudad de México y se dedicaba al hogar.

Lleva padeciendo Osteoporosis desde hace 10 años y actualmente padece Alzheimer en Etapa Moderada con la cual lleva 6 años.

Vive con su esposo de 74 años el cual dedica su tiempo completo a cuidar de ella, la mayor parte del día están solos, económicamente dependen de sus hijos y la visita por parte de la familia es regular.

El deterioro ocasionado por la enfermedad ha sido lento, los olvidos comenzaron al no saber dónde dejaba las llaves, dónde dejaba el dinero o dónde ponía cualquier cosa.

El caso concuerda con lo dicho por Feria (2006) quien menciona que la enfermedad va de manera progresiva y se hace grave con el tiempo, pero el avance depende de cada persona y que después del diagnóstico, quienes padecen Alzheimer viven un promedio de cuatro a ocho años. Sin embargo, algunos pacientes pueden vivir hasta 6 años en la etapa moderada.

H1: "Fue un proceso lento, al principio los olvidos los tomas en broma, pero realmente comienzan a preocuparte cuando son graves como, una vez que salió a la tienda y no supo regresar, nadie se dio cuenta, estaban solos y ella nos contaba que se puso nerviosa porque no sabía a dónde ir, después de unos minutos regreso y conto lo experiencia pero fue ahí donde comenzamos a prestar más atención"

Posteriormente los olvidos se hicieron más notorios, no recordaba cómo hacer comida, lavar ropa, cosas que hacía de manera cotidiana de repente lo dejaba de hacer o se le olvidaba cómo hacerlo.

El cuidado de la paciente siempre la ha realizado su esposo, con ayuda de sus hijos, aunque por lo general es él quien se encarga de cuidarla y de realizar las labores domésticas.

El diagnóstico de Alzheimer se dio cuando la paciente se cae y la llevan al médico porque se rompió una parte de la cadera la cual se deriva por la osteoporosis que padece. El médico reportó que el Alzheimer es un proceso lento pero degenerativo que necesitaría cuidados especiales y mucha paciencia, por lo que tenía que llevar un control en su alimentación y en la recuperación de la cadera.

Así conforme lo planteado por Alejo (2009) el médico de la paciente realizó los exámenes pertinentes como: la revisión de la historia clínica, examen físico y un chequeo del estado psicológico, para identificar alguna condición que pudiera afectar la forma en la que la mente de la paciente trabajaba en esos momentos. Al descartar algún otro padecimiento se llegó al diagnóstico de Alzheimer.

El proceso de aceptación de la enfermedad es complicado H1: *“No fue una sorpresa porque ya sabíamos, de alguna manera algo nos decía que ella no se encontraba del todo bien, mi papá aun no lo acepta del todo, cuando comenzó a tener esos pequeños olvidos él pensaba que eran parte de edad. Ahora que esta avanzado, hace como que no pasa nada, cuando dejo de cocinar, él no mencionó nada se quedo callado, era una forma de protegerla de llevarla al médico (a la paciente le desagrada ir al médico), hemos hablado con él, que tiene que reportarnos todo lo que sucede por su bien y por el de mi mamá”.*

H2: *“La familia lo tomó con preocupación, pero siempre con las ganas de apoyar a mis padres en todo lo que necesitarán. No hubo cambios en la familia porque mi papá pidió ser quien cuidara de mi mamá, pero nosotros estamos al pendiente de las necesidades de los dos, los visitamos con frecuencia la familia completa y tratamos de que pasen un rato agradable, aunque mi mamá lo olvide a los pocos minutos”.*

Lo que concuerda con Moreno (2011) cuando habla de la familia ante la enfermedad cuando al saber el diagnóstico, la familia debe tomar la decisión de nombrar al cuidador principal, una figura que realice el cuidado diario y prolongado del enfermo, que deberá responsabilizarse del bienestar, la cobertura de necesidades básicas e instrumentales y de las demandas del enfermo, en el transcurso de un periodo de tiempo que es indeterminado

Después del accidente la recuperación de la paciente es reportada como complicada, H2: *“Fue difícil, mi mamá no deja que la cuidemos, siempre ha sido independiente y ahora como se le olvida que debe de tener reposo, pues se levanta y se lastima, con mi papá pelea mucho por lo mismo, no recuerda, se levanta, se lastima y se molesta, aun así se recuperó en 6 meses, camino y comenzó a realizar sus actividades diarias”*.

En la paciente el Alzheimer se mantiene en la fase moderada, el proceso se ha manifestado de diferentes maneras y ya no realiza las actividades que solían distraerla como: cuidar sus canarios, cuidar su jardín, salir a pasear, le cuesta trabajo recordar los nombres de sus bisnietos, se le olvidan las cosas que han pasado en un tiempo corto (minutos atrás) y su humor ha cambiado, por nombrar algunas.

Feria (2006) menciona que el paciente en la etapa moderada puede llegar a sentirse frustrada o enojada, actuando de manera desconcertante como el relato que a continuación presento: H1: *“En las reuniones familiares, mi mamá no recuerda los motivos de la vista, las fechas importantes y primero se mantiene contenta y está con nosotros, pero después todo cambia, se aísla o se va a su recámara argumentando que está cansada o que le duele alguna parte de su cuerpo, también llega a expresar molestia porque ve mucha gente, cuando hacía eso las primeras veces nos sorprendíamos y nos alterábamos por la acción, ahora no, todo ha cambiado, tratamos de involucrarla y cuando vemos que ya no quiere o está molesta, la dejamos, para que no se enoje, solo son algunos ejemplos”* es así como el autor Feria menciona que el daño provocado a las células del cerebro

dificulta la expresión de pensamientos y cumplir con tareas de rutina. Los síntomas que comenzaron a manifestarse en la etapa temprana, ahora se vuelven más notorios y pueden incluir: pérdida de la memoria de su propia historia personal, comenzar a tener un carácter alterado o introvertido, especialmente en situaciones desafiantes a nivel social o mental.

Al comienzo de este año tuvo una segunda fractura en la pierna causada por la osteoporosis, dónde la familia tuvo una crisis por la situación de la paciente y de su cuidador ya que reportaron que el estado de salud de su padre (cuidador principal) no se encontraba del todo bien.

H1: "Nos llevamos un gran susto porque tuvieron que operarla de emergencia y tuvimos que roarnos entre sus hijos y mi papá para cuidarla, pero mi papá días anteriores había sufrido una caída y no sé sentía bien de salud, por lo que al ver a su esposa caerse, internarla y sabiendo que la operarían estaba muy mal, se sentía culpable, no quería descansar, no quería comer y se la pasó la mayor parte del tiempo llorando, nos juntamos todos los miembros de la familia para ver que todo estuviera bien y que en esos momentos ellos sintieran el apoyo de la familia.

Una de mis hermanas se la llevó a su casa y al comienzo todo estaba bien porque ella los cuidó por unas semanas y vimos mejoría en los dos, las cosas se alteraron cuando mi mamá comenzó a recuperarse y al no recordar nada de su accidente y al no sentirse útil, decidió regresar a su casa, ahí fue donde mi papá decidió cuidarla por completo, él se dedica a cuidar que coma, que se tome las medicinas, está pendiente de sus necesidades básicas y al cuidado de la casa".

Al hablar de la salud de su padre (quien es el cuidador principal) mencionan sus hijas que él reporta que está bien pero que ellas observan que está cansado, han notado que ha bajado de peso, lo ven melancólico y ellas creen que si alguien de la familia esta de manera permanente con ellos y ayude en los cuidados de la paciente y del padre podrían notar una mejoría en su padre

H1: *“Mi papá no nos dice que está cansado o que no quiere cuidarla al contrario pone todo de su parte pero nosotros ya observamos que está cansado, ha bajado de peso y también tiene sus padecimientos los cuales no hemos atendido al cien por ciento”.*

H2: *“Ellos se alegran cuando nos juntamos todos sus hijos, nietos y bisnietos a verlos, pero también hemos notado que se han acostumbrado a estar solos y es lógico que vean mucha gente y se irriten con facilidad, lo que hemos propuesto es seguirnos juntando de manera regular para que no se sientan solos”*

Al hablar del Alzheimer mencionan

H2: *“Sabemos que esta enfermedad en cualquier momento puede pasar de moderada a severa, pero por eso disfrutamos a mi mamá cuando podemos, tramos de llevarnos bien entre todos y cooperar de manera equitativa en los cuidados de mi mamá, para que mi papá no tenga tanto trabajo”.*

H1: *“No hemos pensado en qué pasará cuando ya no esté mi mamá y menos en la reacción que tendría mi papá, lo que si hemos platicado es que debemos contribuir a que tengan una calidad de vida que les ayude a sentirse en plenitud, es retribuir a todo el esfuerzo que hicieron durante mucho tiempo”.*

4.2. Caso de cuidadora con enferma de Demencia Senil

En este caso la conversación se llevó a cabo con la cuidadora principal quien será referida como Paola para proteger su identidad.

La paciente es ama de casa con 74 años con un diagnóstico de Demencia Senil a los 68 años y diagnosticada previamente con Diabetes Mellitus Tipo 1.

Vive con su esposo de 74 años que se dedica al campo y generalmente pasan 6 meses en un poblado cerca de la Ciudad de Puebla y por motivos familiares pasan de 20 días a 1 mes en la Ciudad de México. Su ritmo de vida siempre ha sido con

base al trabajo de campo; cuando comenzó a tener pequeños olvidos, su esposo la trae a la Ciudad y la lleva al Médico, en donde le hacen los estudios pertinentes y el médico le pide a la familia que se reúna para que hablen de la enfermedad de la paciente, en esa junta solo se reúnen 3 de sus hijos (son 9 hijos en total) y su esposo; donde les explica que su madre y esposa sufre de Demencia Senil y que había sido provocado por un golpe muy fuerte en la cabeza (que anteriormente el médico había tratado), les explica los cuidados y la medicación que tendría que llevar para toda su vida.

Ahora son 6 años desde que se le diagnosticó Demencia Senil y aunque ya no tiene el sentido del habla para sus familiares ha sido un proceso rápido, su esposo menciona que se encuentra bien y que dentro de todo llevan una vida tranquila.

Paola tiene 38 años y tiene 6 años cuidando a su mamá quien padece Demencia Senil.

Se convirtió en cuidadora principal a petición de su papá, cuenta que al comienzo su papá le pidió que cuidara a su esposa porque había notado algunos cambios en su actitud y en sus hábitos cotidianos. Ella accede y se va con ellos al campo y es donde comienza a darse cuenta de los cambios que va teniendo su mamá, mencionando: *“cuando llegué a la casa, me di cuenta que estaba en mal estado, ya mi mamá no la recogía ni limpiaba, su jardín que estaba hermoso ya no estaba, todo se veía seco y sin cuidar”*. Ella habla con el hermano menor y le comenta los cambios que ha visto en su mamá, entonces deciden que es mejor llevarla al médico y que él les dijera que estaba pasando, por lo que ella al escuchar el diagnóstico les comenta a sus hermanos mayores que su mamá necesitaría apoyo y cuidados personalizados y dice: *“cuando les dije a mis hermanos que mi mamá necesitaría apoyo personal y económico pues se desentendieron, cada uno pues ya tiene a su familia, sus hijos y su vida; mi hermano menor pues está al cuidado de la casa de aquí (Ciudad de México) y pues yo al no trabajar, no tener hijos pues*

decido cuidarla, pero si hablé con mi papá porque quería saber sobre mi futuro, no toda la vida estaría allá (en el campo), y así es como hago mi maleta y me voy”.

De acuerdo a las investigaciones realizadas por Bello (2012) y Palomé, Gallegos, Xequé, Juárez y Peréa llegan a un acuerdo el cuál señala que principalmente las mujeres son quienes adquieren el papel de cuidadoras principales, porque tienen un vínculo afectivo o porque sus obligaciones le permiten el tiempo para realizar otras actividades.

Cuando llega a su casa en el campo, menciona que su vida da un giro sorprendente y que le cuesta mucho trabajo adaptarse las primeras semanas: *“la verdad venía de la ciudad, los horarios aquí son distintos, a las 9 todo se apaga y hay un silencio total, el agua potable es pesada y al bañarme la piel se reseca y el cabello se comienza a caer; me costó mucho trabajo adaptarme más o menos como un año, yo creo”*

En el transcurso de los meses comienza a notar como su mamá va perdiendo la memoria a corto plazo *“se le olvidaban los nombres o tenía silencios prolongados”*. Los cuidados que tiene hacia su mamá refiere a que son pequeños *“se le olvidaban las llaves, donde dejaba el dinero, cositas pequeñas; así fue al principio pero conforme pasó el tiempo sus silencios eran más prolongados, decía sólo frases, cuando me di cuenta que estaba mal fue cuando un día le dije que se bañara temprano y se le olvido la toalla; entre al baño para dejársela y vi que solo se aventaba agua a la cara y que no se bañaba, ahí fue donde me lleve la impresión más grande porque fue la primera vez que la bañe, se siente triste porque es invadir su privacidad, la primera vez es la difícil ya después es más fácil”*.

Hay que recordar que la Demencia Senil avanza y no hay una cura definitiva, pero si hay medicamentos que ayudan a que se el proceso degenerativo vaya despacio, la evolución de la enfermedad depende de la persona, así que un adulto mayor con Demencia puede permanecer varios años en una fase. Teniendo en cuenta que los cuidados y la atención médica son primordiales ya que los

pacientes pierden parte de sus sentidos pero hay que tener en cuenta que sienten y perciben la manera en que son tratados.

Así pasan 2 años con olvidos pequeños y el trabajo que realiza Paola dice que: *“es tranquilo pero cansado, mi mamá no da lata”* empieza a ver el aumento de trabajo cuando su mamá deja de hablar y por consiguiente deja de expresar sus sentimientos y dolencias *“ahí si me asustó porque no se qué le duele, que piensa, que siente; pero con el tiempo vas aprendiendo algunas características especiales como por ejemplo: cuando mi mamá tiene hambre, comienza a pegar en la mesa y sé que tengo que darle algo de comer”*.

Aproximadamente un año después Paola comenta que su mamá tiene un accidente, se cae y la nariz le comienza a sangrar, cuenta la experiencia: *“mi mamá se salió como a las 8:00 a.m. y yo seguía dormida, mi papá se va a trabajar y se le olvidó poner el seguro a la puerta, entonces no me di cuenta que se salió mi mamá de la casa, supongo a caminar como toda su vida lo hacía, pero tropezó y se cayó, cuando me fueron a avisar me enojé mucho, porque era temprano pero al ver a mi madre cómo estaba sangrando me asusté, lo primero que hice fue revisar que no tuviera nada roto, le hablé a uno de mis hermanos mayores que vive allá (en el campo) y le dije que mamá se había caído y él me contestó que no tenía tiempo, que estaba ocupado y ahí fue enojo porque no tenemos con qué transportarnos a México, entonces metí a bañar a mamá y a revisarla, cuando la revisé vi que sólo había sido el golpe y que no había pasado nada, pero tuve que avisarle a mi hermano menor y a una de mis hermanas, la cual llegó al otro día, y pues les aviso porque no quiero problemas, que piensen que yo la trato mal o algo así, es algo difícil porque él problema es para uno, si le pasa algo me van a decir que no la cuidé, que fue mi culpa son muchas cosas”*.

Posteriormente la llevan a consulta a la Ciudad de México y el médico les indica que la caída no es de cuidado pero que se tiene que tener precaución con las salidas de la paciente.

En esa visita a la Ciudad, Paola menciona que se mostraba mal humorada y noto que comía en exceso *“Ya no me dan ganas de hacer ejercicio, me da insomnio y al otro día no quiero pararme, subí mucho de peso, es difícil”*. Aún con esos síntomas vuelve a regresar al campo con sus papás y que regresa a realizar sus actividades de cuidar a su mamá de manera normal y repetitiva.

Turró (2007) hace referencia a los síntomas que tiene un cuidador principal y que van de acuerdo a la experiencia que ha tenido la protagonista del caso, hay alteraciones físicas (como dolor de cabeza e insomnio), alteraciones psíquicas (estrés y depresión) y alteraciones socio-familiares (aislamiento, pérdida de tiempo libre).

Paola cuenta una anécdota con lágrimas *“La verdad aquí estoy bien pero cuando me vine no me despedí de mi mascota (una perra Golden Retraiver) y cuando murió a mi me avisaron y yo estaba aquí (en el campo) y la verdad lloré mucho, me dio una gripa muy fuerte y sentí feo porque no me pude despedir creo que por eso no me adaptaba aquí, la extrañaba, pero sé que está bien”*.

En los últimos dos años, la paciente sigue perdiendo sus capacidades cognitivas, definitivamente pierde el habla, el control de esfínteres, el aseo personal ya no lo puede hacer de manera independiente, come muy despacio y duerme mucho. Paola menciona *“mi mamá está bien, ya no puede hacer muchas cosas pero yo le ayudo, le doy de comer, la llevo a dar la vuelta, le gusta ver a la gente, se divierte en las fiestas, es tranquila, trato de que se vea bien arreglada, bien bañada y limpia”*.

La paciente se encuentra en la fase severa de la Demencia Senil de acuerdo a la clasificación de Alanis, Garza y González (2008) quien menciona que el enfermo pierde todas sus capacidades cognitivas y físicas, ya no puede realizar tareas, pierde el habla, olvida los nombres de sus familiares y necesita ayuda durante todo el día.

En cuanto a su papel de cuidadora menciona *“pues nadie me ayuda en la casa, estamos solos los 3, ya cuando va mi hermana me ayuda en lo que puede y dejo que atiendan a mi mamá, que vean que necesita; ya cuando venimos a la Ciudad de México pues es diferente porque mi hermano menor ayuda a ver que necesita, tratan de darme un espacio, pero la verdad a mi no me gusta salir, me siento incomoda, no me gusta”*.

Este ejemplo ilustra las palabras de Bermejo y Martínez (2010) quien mencionan que por el vínculo afectivo que existe entre cuidador y paciente lo más probable es que los cuidados se realicen con la mayor predisposición y agrado, ya que todos se comprometen a “ayudar” y a medida que el tiempo transcurre esté va desvaneciéndose y todas las responsabilidades terminan recayendo sobre la cuidadora principal.

Reporta que hay días en los que se siente cansada, sin ganas o anda distraída, *“me motiva ver la casa de mi mamá bien con su jardín como antes, verla a ella bien, que está bien, es lo que me motiva a pararme de la cama”*. *“Es mi mamá y siempre estuve con ella, es un vínculo que tenemos, me identifica y sabe quién soy, no me habla a lo mejor nada más me toma el pelo pero sé que ella siente y entiende todo lo que le digo”*.

La sobrecarga que reporta es debido a la relación que tiene en este caso la cuidadora con la paciente y esto va produciendo un aumento en la ansiedad y el estrés, incluso puede llegar a sufrir un cuadro de depresión mayor, debido a las consecuencias emocionales y psicológicas que conllevan los cuidados requeridos por la paciente y la propia enfermedad (Yasavage, Friedman, Bliwise, Siger y Vitiello, 2003).

Nunca ha tenido ayuda profesional como un grupo de ayuda o terapia individual. *“Es un trabajo muy difícil, te conviertes en alguien distinto, como frío, ya no soy sensible y cuando se enferma lo tomo con calma, mi carácter ya no es el mismo, si te cambia la vida, ya no piensas en ti sino en la persona a la que cuidas, a veces cansa hacer lo mismo todos los días y no es por cuidar a alguien es pensar en la*

enfermedad, por qué a ella, si ella estuviera bien qué pasaría...Ahora estoy bien, si hay estrés, cansancio pero le he dado la ayuda y calidad de vida a alguien que anteriormente lo hizo por mi y cuando me toma la mano sé que me agradece el estar con ella y no dejarla sola...No he pensado en lo que pasará el día en que ella no este, ahora pienso y no lo sé, pero lo que sí sé es que me quedaré con toda esta experiencia y me ayudará en un futuro”.

Por ello, Takahash, Tanaka y Miyooka (2005) sugieren la prevención o el tratamiento de la carga excesiva para el cuidador principal con programas, actividades y evaluaciones periódicas grupales o individuales, con grupos de apoyo, por contacto telefónico o por internet.

Paola lleva 6 años dedicada al cuidado de su mamá que padece Demencia Senil y que con ayuda de los medicamentos el progreso no ha sido tan rápido. Reporta una sobrecarga moderada y no la ha atendido por falta de tiempo y de un lugar especializado en el lugar en donde vive.

Es por lo anterior que el cuidador principal necesita atender sus necesidades básicas y no enfrascarse solamente en el cuidado del paciente, debe ser consciente en reconocer sus limitaciones, durante el proceso de la enfermedad del paciente, para que de esta manera pueda atenderse; debe pedir ayuda e involucrar a la familia acercándose a una terapia, a las instituciones o grupos de apoyo que lo puedan orientar en el proceso haciendo mucho más fácil su importante labor.

5. PROPUESTA DE ACOMPAÑAMIENTO

La propuesta que se presenta en esta tesina se deriva de las necesidades que se han detectado en la población de cuidadores primarios de un adulto mayor con un Trastorno Neurocognitivo.

Tomando como referencia los casos presentados a través de los relatos se noto que los dos cuidadores principales cuentan con sobrecarga describiendo síntomas como; dolor de cabeza, fatiga, cansancio, falta de ánimo, entre otros y que no son tomados en cuenta a causa de centrarse en la enfermedad y recuperación del adulto mayor.

Durante la investigación y recopilación de información se encontraron pocas intervenciones aplicadas a la población de cuidadores principales y las que se encontraron son intervenciones que trabajan de manera física la sobrecarga reportada, dejando de lado la parte emocional y el sí mismo.

La Psicología Humanista la cual Sutich (1962); citado en Carpintero, Mayor y Zalbidea (1990) la define como la tercer corriente principal del campo general de la psicología (las otras dos son la psicoanalítica y la conductista) y es quien se ocupa primordialmente de capacidades y potencialidades humanas tales como el amor, la creatividad, el sí mismo, el crecimiento, la gratificación básica de la necesidad, la autorrealización, los valores superiores, el ser, el llegar a ser, la espontaneidad, el juego, la afectividad, la naturalidad, el calor, la trascendencia del yo, la objetividad, la autonomía, la responsabilidad, la significación, la experiencia trascendental, la salud psicológica, entre otros conceptos. Por todo lo anterior ayudaría a los cuidadores principales a llevar de manera integral su vida como individuo y como cuidador.

De la Psicología Humanista se tomará, el Enfoque Centrado en la Persona, la cual permitirá al cliente entrar en un proceso de toma de consciencia de la experiencia real y reestructuración de su yo, a través del establecimiento de una sólida alianza

terapéutica con el terapeuta y de la escucha matizada de los significados de su experiencia (Rogers, 1979).

El Enfoque Centrado en la Persona podría ser de gran utilidad para llevar un proceso de desapego entre el trabajo del cuidador primario y el de sus actividades que realizaba antes de que el adulto mayor enfermara, así como la toma de conciencia sobre los sentimientos hacia su trabajo, su familia y la persona que está bajo su cuidado. Ya este enfoque tiene como objetivo el que la persona logre recuperar el contacto con su naturaleza orgánica, con su Yo real; y para ello, el terapeuta por medio de la actitud de la empatía, la aceptación incondicional y la congruencia (expresadas a través de la técnica) establece una relación de seguridad psicológica con el paciente, la cual, permitirá la entrada progresiva en su mundo interno, el avance hacia la toma de consciencia de la experiencia negada, el encuentro con nuevos significados de su experiencia y el avance hacia un proceso de reorganización de su Yo⁵ (Gondra, 1996).

Rogers (1972) menciona que el paciente es el que lleva el peso en la terapia (auto-directividad) y no el terapeuta. Sin embargo, el terapeuta tiene que ofrecer una relación que se define por tres condiciones necesarias y suficientes para lograr el éxito de la misma. Las actitudes son: la Empatía, Aceptación Positiva Incondicional y la Autenticidad o Congruencia (Ver tabla 5).

⁵ Constituido por un conjunto cambiante de percepciones que se refieren al propio individuo. Como por ejemplo: las características, atributos, capacidad, valores, etcétera, que el sujeto reconoce como descriptivos de su persona.

Actitud	Definición
Empatía	Entendida como la capacidad del terapeuta de entrar en el mundo del cliente y de comprender con exactitud sus vivencias como si el terapeuta fuese otro.
Aceptación positiva incondicional	Se refiere a aceptar sin condición alguna, la manera en que la persona está dispuesta a revelarse y demostrarse en la relación frente al terapeuta.
Autenticidad o Congruencia	Permite el diálogo sincero y constructivo directo entre el terapeuta y el paciente.

Tabla 4. Actitudes básicas para promover el desarrollo personal propuestas por Carl Rogers [Elaborada por la autora de esta tesina.]

Rogers (1952) parte de la idea, de que la persona posee una tendencia actualizante, una especie de impulso hacia el crecimiento, la salud y el ajuste. La terapia más que hacer algo al individuo, tratará de crear las condiciones para liberarlo a un crecimiento y desarrollo adecuado.

Sin embargo, hay una serie de condiciones que impiden y bloquean la tendencia a crecer. El aprendizaje de un concepto negativo de sí mismo, es quizás una de las condiciones bloqueadoras más importante. Un concepto negativo de sí mismo deriva de experiencias de desaprobación o ambivalencia (es un estado de ánimo en el que coexisten dos emociones o sentimientos opuestos) hacia el sujeto en etapas tempranas de su vida. Parte del trabajo terapéutico consistirá en facilitar que el sujeto exprese sus ambivalencias⁶ e impulsos hostiles y agresivos de modo que este pueda reconocerse de manera integral.

El paciente sin embargo se encuentra con una gran dificultad para actualizar su experiencia interna de manera consciente. Ha aprendido condiciones de valoración externa, impuestos por los medios familiares, educativos y de

⁶ Ambivalencia: Estado de ánimo en el que coexisten dos emociones o sentimientos opuestos.

socialización. Esto conlleva a que se trabaje en reconocer conscientemente sentimientos, a menudo localizados corporalmente que habían sido reprimidos.

El trabajo realizado en la terapia se enfatizará a que el cliente exprese todo lo que cree no puede decir a la familia, a la persona que cuida, etcétera. Así como trabajar en los síntomas físicos que reporte al inicio del proceso, todo esto para que el cuidador principal pueda identificar los sentimientos y momentos para poder expresarlos de manera que lo ayuden a afrontar los problemas y en dado el caso resolverlos.

La terapia intenta corregir las condiciones de valoración externa y proporcionan la oportunidad de vivir las experiencias y sentimientos internos negados y reprimidos, de modo que aumente la congruencia del sujeto, entre su auto-concepto, que cambiará y su experiencia se hará más consciente.

Además de la implementación de las 3 actitudes básicas se sabe que para poder lograr una orientación basada en el enfoque Centrado en la Persona, el facilitador hace uso de cierto tipo de técnicas que le ayudarán a lograr su objetivo de acompañar en el crecimiento de las personas, ayudar, orientarlas para alcanzar la tendencia a la autorrealización.

Una de las técnicas más importantes es la **atención y escucha**, es decir, que necesitamos escuchar, no solo oír pues eso lo hacemos todos; sin embargo, el escuchar, conlleva más, pues es una habilidad indispensable para el crecimiento personal –escuchar-se- y revela una actitud abierta hacia los demás y el deseo de establecer una relación significativa.

También existe la **forma pasiva de escuchar** que constituye un fuerte mensaje no verbal que puede lograr que la persona sienta que en verdad no está siendo juzgada. Escuchar en silencio también puede ayudar a que el otro vaya madurando solo. El silencio es ayudador siempre y cuando sea aceptante, cuando se interrumpe al otro para hacerle un comentario y aconsejarlo, se bloquea su propio proceso de maduración.

Ligado a la escucha ya a la habilidad de prestar atención, es la **atención física**, la cual se refiere al estar presente para la persona físicamente, es decir:

- ✓ Mirar al otro a la cara, es decir estoy disponible para ti.
- ✓ Mantener un buen contacto ocular, lo cual significa no hablar viendo a otro lado durante períodos prolongados y tampoco mantener persistentemente la mirada fija, pues esto último suele resultar agresivo, controlador y amenazante. Mirarse flexiblemente a los ojos facilita el flujo de la comunicación.
- ✓ Mantener una postura abierta (no cruzar los brazos o piernas) lo cual refleja disponibilidad.
- ✓ Inclinarsse hacia el otro.
- ✓ Mantenerse relativamente relajado, esto quiere decir que el estar completamente relajados se pueden escapar cosas importantes, el estar muy tenso bloquea la manera de escuchar.

Un aspecto también importante es la **atención psicológica** esto es, escuchar la conducta no verbal de otro; el mensaje total se compone de lo que dice con palabras y de sus mensajes corporales, es decir, gestos, movimientos y expresiones faciales y de la conducta paralingüística: tono de voz, inflexión (cambio en el tono de voz), espacio entre palabras: énfasis y pausas. Es importante escuchar los mensajes corporales, ya que subrayan, contradicen o enriquecen lo que la persona dice. Hay que tener cuidado en no tener una atención selectiva, es decir solo escuchar elogios y no las críticas, solo lo superficial y no lo íntimo, pues si se escucha todo también se ayuda al otro a escuchar totalmente.

Otro aspecto de relevancia es la **concretización**, la cual se manifiesta como la auto-exploración que tiene como meta el desarrollo del potencial de la persona a través de la auto-comprensión y del darse cuenta de los propios recursos para

llevar una vida mejor. Ser concreto implica incluir sentimientos, experiencias y conductas dentro de una situación específica.

Los reflejos se encuentran dentro de la instrumentalización y son: **el reflejo de contenido**, el cual se dirige estrictamente a la comunicación, a lo que la persona está diciendo, la reiteración facilita el proceso dado al paciente, el sentimiento de ser comprendido y respetado. El reflejo de sentimiento, el cual se trata de sacar a la luz la intención, la actitud o el sentimiento inherentes a sus palabras, proponiéndolos sin imponérselos.

Y como última técnica se tiene la **conexión de islas**, esto se refiere a cuando la persona no se da cuenta de cómo se relacionan unos sentimientos, conductas y experiencias con otros.

El Enfoque Centrado en la Persona pretende ayudar a los individuos a saber cómo interactúan todas las variables cognitivas, sociales y emocionales que rigen sus conductas, durante y después del cuidado de una persona mayor, para que puedan desarrollar su trabajo de manera óptima sin descuidar los aspectos de su vida propia.

La aportación que se pretende hacer es que los cuidadores principales tomen en cuenta el Enfoque Centrado en la Persona como una opción de terapia. Y que acudan al acompañamiento individual para que puedan encontrar la forma más viable de aceptar los cambios que se han presentado al convertirse en cuidador de un adulto mayor con un Trastorno Neurocognitivo.

Metodología

Es de esta manera que se desprende la presente propuesta surgida por los ejemplos mencionados en el capítulo anterior; refiriendo que podrían solicitar la ayuda si hay algún plan de intervención para lo que ellos requieren como la resolución de problemas personales y en la familia, la falta de comunicación con la familia, disminución de la sobrecarga, como afrontar la muerte de su familiar, cómo disfrutar del tiempo libre, etcétera.

Se eligió a los cuidadores principales ya que es una población vulnerable y que no es tomada en cuenta ya que se enfoca la atención en la enfermedad del adulto mayor. Se implementará el Enfoque Centrado en la Persona, ya que ha tenido grandes aportaciones a diferentes disciplinas enfocadas al desarrollo; lo cual apoyará y fomentará el aumento de las habilidades y dar al ser humano el valor que tiene.

Las aportaciones que se pretenden para la psicología es que los cuidadores principales consideren de manera inmediata iniciar un proceso terapéutico sin estigmatizar. Al trabajar con las técnicas y conocimientos que se han adquirido desde la perspectiva Humanista ayude a los que cuidan a un adulto mayor a encontrar soluciones funcionales de acuerdo a dicho enfoque.

Por lo tanto el objetivo general de la siguiente intervención será que el paciente desarrolle habilidades de comunicación, resolución de problemas a través del acompañamiento individual.

Los supuestos que se tendrán para esta intervención serán:

- ✓ Tras el acompañamiento individual el cuidador principal contará con los suficientes recursos para decidir sobre la atención primordial que requiere el adulto mayor.
- ✓ Con el empleo de las diferentes técnicas y habilidades que el cuidador adquiera, logrará encontrar la solución a los problemas que se plantearon desde el inicio.
- ✓ Después del acompañamiento individual podrán mejorar su relación de comunicación en relación a la muerte de su ser querido.
- ✓ Las actividades y técnicas que se implementarán con el cuidador funcionaran para fomentar el trabajo en equipo con la familia y las redes de apoyo.

- ✓ Después de haberse llevado a cabo la intervención, el cuidador principal identificará las situaciones que lo llevan a sufrir sobrecarga y como disminuirla.
- ✓ Al término de la intervención los problemas que se plantearon en torno a la administración del tiempo libre disminuirán considerablemente.
- ✓ Al concluir el acompañamiento, los cuidadores principales lograrán una generalización hacia otras áreas en las que se podrían desenvolver en un futuro.

De esta forma se llevará a cabo una intervención Humanista con el Enfoque Centrado en la Persona que está dividida en 9 sesiones con los temas de mayor relevancia para un cuidador principal de un adulto mayor con Alzheimer o Demencia Senil las cuales a continuación se enlistaran.

Número de sesión: 1

Nombre de la sesión: Entrevista

Objetivo de la sesión:

Que el paciente relate la experiencia que ha tenido como cuidador principal.

Actividad	Técnicas
Entrevista que no tiene pretensiones de diagnóstico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mostrar interés por la persona y sus problemas. 2. Comprender y emplear el lenguaje del entrevistado. 3. Comprender por qué el paciente experimenta determinados sentimientos. 4. Establecer una relación afectiva a través de la escucha activa y la atención a cuanto acontece.

Número de sesión: 2
Nombre de la sesión: La enfermedad

Objetivo de la sesión: Que el paciente determine los conocimientos importantes que debe tener sobre la enfermedad del adulto mayor sin obsesionarse con ella.

Actividad	Técnicas
Conversación sobre la enfermedad del adulto mayor.	1. Utilizando la técnica de concretización ayude al paciente a aclarar declaraciones vagas a través del diálogo.

Número de sesión: 3
Nombre de la sesión: Atención al enfermo

Objetivo de la sesión: Que el paciente identifique las necesidades primordiales del enfermo que cuida sin descuidar las suyas

Actividad	Técnicas
Conversación sobre los cuidados que necesita el adulto mayor y las necesidades que le surgen o surgirán durante el proceso del cuidado.	1. Utilizando las técnicas del enfoque.

Número de sesión: 4
Nombre de la sesión: Formas de vivir la enfermedad

Objetivo de la sesión: Que el paciente encuentre puntos principales que ayudarán a vivir con la enfermedad, sin que perjudique la salud psicológica y física del cuidador.

Actividad	Técnicas
Levar a cabo la dinámica para que al finalizar la sesión haya retroalimentación.	1. Cambiando el guión de la película (Anexo 1).

Número de sesión: 5
Nombre de la sesión: Sentimiento de culpabilidad

Objetivo de la sesión: Aprender a resolver positivamente el sentimiento de culpa.

Actividad	Técnicas
Llevar una conversación sobre el sentimiento de culpa Terminar con retroalimentación.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar los sentimientos de culpa: en que situaciones parecen estos sentimientos. 2. Analizar sus causas: Buscar las razones que lo causan. 3. Expresarlos: No reprimirlos 4. Aceptarlos: Pensar que el sentimiento de culpa son normales y comprensibles ante la situación de cuidado. 5. Saber perdonarse, reconociendo sus propios límites como cuidadores y proponer metas realistas.

6. Aprender a escuchar las críticas o sugerencias sin sentirse mal.

Número de sesión: 6

Nombre de la sesión: Duelo, previo a la partida del ser querido

Objetivo de la sesión: Que el paciente explique el sentimiento de pérdida y descubra la manera de expresarlo.

Actividad	Técnicas
<p>Llevar a cabo las instrucciones y al finalizar tener una retroalimentación la sesión.</p> <p>Realizar una tarea de manera diaria.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Carta (Anexo 2). 2. Diario (Anexo 3).

Número de sesión: 7

Nombre de la sesión: Calidad de las relaciones familiares

Objetivo de la sesión: Que el paciente exprese de manera asertiva las necesidades que tiene ante la familia.

Actividad	Técnicas
<p>Exponer el tema “La comunicación asertiva”.</p> <p>Al finalizar realizar una reflexión.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Banco de niebla (Anexo 4).

Número de sesión: 8
Nombre de la sesión: Sensación de bienestar (Sobrecarga)

Objetivo de la sesión: Que el paciente aprenda alternativas que le ayuden a disminuir la sobrecarga.

Actividades	Técnicas
Tener una conversación sobre la sobrecarga y las maneras en que podría disminuir.	1. ¿Qué hacer ante la sobrecarga? (Anexo 5).

Número de sesión: 9
Nombre de la sesión: Formas de afrontar el tiempo libre

Objetivo de la sesión: Que el paciente planifique su tiempo libre conforme a sus necesidades.

Actividad	Técnicas
Elaborar un plan de actividades para distribuir su tiempo libre.	1. Plan de actividades (Anexo 6).
Retroalimentación	

CONCLUSIONES

Debemos tomar en cuenta y recordar que no todos envejecemos de igual forma, hay una gran individualidad, los cambios que ocurren con el envejecimiento van a estar influenciados por muchos factores ambientales, genéticos, etcétera, y que dependen mucho del estilo de vida, y que con los cuidados adecuados podemos retardar muchos de estos y que para el bienestar nosotros como familiares contribuimos de manera directa.

Pero cuando tenemos un adulto mayor con Alzheimer o Demencia Senil es probable que veamos como catastrófico el panorama y olvidamos que lo importante no es la enfermedad sino como pasar tiempo de calidad con nuestro enfermo.

Debemos tener conciencia que la vejez no es sólo una etapa de la vida, es también un estado mental y si de alguna forma en las etapas tempranas de la enfermedad, fomentamos cuidados y paciencia al adulto mayor, éste puede ser productivo dentro de sus limitaciones y necesidades, fomentando el crecimiento de la sociedad, ya que nuestra cultura, religión, costumbres, valores son inculcados dentro de la familia por el pilar de esta, el adulto mayor, el núcleo fundamental de la sociedad. No obstante cuando la enfermedad deteriora de manera definitiva a nuestro ser querido, es momento de apoyar y brindarle el cariño, el cual ayudará a que mejore su calidad de vida y cuando llegue el momento final, sea de la mejor manera.

Es nuestro deber como sociedad entender que el adulto mayor es un ser vivo, que siente, piensa, tiene necesidades y que depende de nosotros, así como un día nosotros dependimos de ellos.

Ser cuidadores principales no es una manera definitiva de vivir, es un trabajo que se realizará un tiempo, un acto de humanidad, una retribución que devolvemos a la vida misma. Es plantar la semilla y esperar ser tratados con dignidad y respeto en una situación de vulnerabilidad o al final de nuestros días. No hay que verlo

como una condena sino como una oportunidad de aprender a conocernos y crecer como personas, es demostrarle a nuestro adulto mayor que cuidamos cuanto la queremos y cuanto nos importa, ser cuidador nunca llega en un momento oportuno, solo llega y ya. Hay que tomarlo de la mejor manera si en alguna etapa de la vida nos toca cuidar a un adulto mayor, sin realizar grandes cambios en nuestra vida, respetando nuestros tiempos libres, para ofrecerle lo mejor de nosotros a esa persona especial y por consiguiente lleve una vida en condiciones óptimas.

Hay que recordar que cuidar toma tiempo, dedicación y esfuerzo, es asumir el compromiso de buscar el bienestar de nuestro adulto mayor, que nos haremos preguntas todo el tiempo y no por eso seremos malas personas, ni quiere decir que no amemos a nuestro paciente, hay que aprender a reconocer nuestras limitaciones, debilidades y acceder a nuestras emociones, aprender a pedir y recibir ayuda, es conocer y aprender nuevamente junto con nuestro familiar sobre la enfermedad, sus consecuencias y sus posibles soluciones, es comunicarnos desde el principio, entender sus sentimientos, mantenernos informados, establecer acuerdos, es vivir el día a día y sacar el mejor provecho de nosotros mismos, y de la persona que cuidamos; manteniendo su dignidad, integridad e independencia el mayor tiempo posible, recordar que así como empezó tan de repente nuestro rol de cuidador así llegará a su final para el cual debemos estar preparados, haciendo todo lo posible por estar bien con nosotros, nuestra familia y nuestro adulto mayor enfermo.

Es importante que como cuidadores principales recibamos ayuda, y una de las mejores opciones es llevar una terapia, la cual nos ayude a redefinirnos y a reencontrarnos con nosotros mismo, y la terapia centrada en la persona nos podrá ayudar a cumplir con este objetivo.

La terapia centrada en la persona es adecuada para aquellas personas que quieren un espacio para sí mismas y que puedan sentirse escuchadas y acompañadas con sus problemas. Cada persona tiene sus motivos para acudir a

terapia, y suelen ser problemas concretos pero para otras puede ser también una forma de desarrollarse plenamente. La propuesta de acompañamiento puede utilizarse como una guía para futuras investigaciones sobre este tema.

BIBLIOGRAFÍA

- Alanis, N., Garza, M. y González, A. (2008). **“Prevalencia de demencia en pacientes geriátricos”**. Revista Médica del IMSS. 46 (1), 27-32.
- Alejo, M. J. (2009). **“El programa de centro de día para pacientes con enfermedad de Alzheimer y demencias similares”**. Fundación Alzheimer. Archivos Neurociencias. 11(1), 87-95.
- Astudillo, W., Mendinueta, C. y Astudillo, E. (2002). **“El síndrome de agotamiento en los cuidados Paliativos: En Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia”**. EUNSA, Barañaín. 514-525.
- Barrantes, M. M. (2007). **“Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos”**. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición. 49(4).
- Beade, R. A. (2012). **“Envejecimiento y psicología de la Salud”**. España: Siglo XXI de España.
- Beach, S.R., Schulz, R., Williamson, G.M., Miller, L. S., Weiner, M. F. y Lance, C. E. (2005). **“Risk factors for potentially harmful informal caregiver behavior”**. Journal Geriatr Soc, 53 (2), 255-261.
- Bermejo, C.C. y Martínez, M. M. (2001). **“Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar”**. Nure Investigación, 1(11), 1-7. Disponible: http://www.fuden.es/FICHEROS_USUARIO/Proyectos_Imagenes/PROYECTO11.pdf
- Bello, P. J. G. (2014). **“Sobrecarga del cuidador primario de pacientes con enfermedades degenerativas”**. Veracruz: IMSS, Unidad Médica Familiar N°66.

- Buiza, C., Etxeberría, I. y Yanguas, L. (2005). **“Deterioro Cognitivo Mayor”**. Madrid: Portal Mayores. 27 (1), 1-17.
- Castrillón, L. (2015). **“El cerebro y la mente. En Memoria Natural y Artificial”**. Biblioteca Digital ILCE. Disponible en: <http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen2/ciencia3/088/html> [recuperado el 25 de mayo del 2016].
- Carpintero, H., Mayor, L. y Zalbidea, M. A. (1990). **Condiciones del Surgimiento y Desarrollo de la Psicología Humanista**. Revista de Filosofía. Tercera Época. Vol. III.3, 71-82.
- Carreta, V. I., Pérez, M. C., Sánchez-Valladares, J. V. y Balbás, R. A. (2015). **“Guía práctica para familiares de enfermos de Alzheimer”**. Fundación Reina Sofía. Editorial: La suma de todos.
- Cervera, P. (2003). **“Alimentación saludable en el adulto mayor”**. España: Mc Graw-Hill Interamericana. Pp. 119-139.
- Cubero, G. P. (2007). **“Diagnóstico y tratamiento de las demencias en atención primaria”**. Madrid: Masson.
- Chan, K. (2013). **“Implicaciones clínicas en adultos mayores según su peso”**. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, 60 (7).
- Conapo (2014). **“Consejo Nacional de Población”**. Disponible: www.conapo.gob.mx. [Recuperado el 12 de mayo del 2016].
- Domènech, P. (2008). **“Demencias: el ocaso del cerebro”**. España: Morales Torres.
- Ericcson, H. (1986). **“La adultez en México”**. México: FCE.
- Feria, M. (2006). **“Alzheimer: una experiencia humana”**. México: Pax México.

- Fernández, O. M. (2014). **“El impacto de la enfermedad en la familia”**. Revista Facultad de Medicina: UNAM, 47 (6), 251-254.
- Favela, P., García, J.J., Lozano, M. O., Manilla, A. G., Rivera, M. R. y Sánchez, P. (2009). **“Diagnóstico y tratamiento de la Demencia en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención”**. Guía de Práctica Clínica. México: Secretaría de Salud.
- Gutiérrez, R. y Arrieta, C.I. (2013). **“Plan de acción Alzheimer y otras demencias”**. México: Instituto Nacional de Geriátría. Disponible en: <http://inger.gob.mx/bibliotecageriatrica/acervo/pdf/> [recuperado el 23 de mayo del 2016].
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014). **“Censo de Población y Vivienda”**. INEGI. México.
- Jaimeson, A. y Illsley, R. (1993). **“Comparación de políticas europeas de atención a personas ancianas”**. Barcelona: SG.
- Labiano, M. (2012). **“Introducción a la psicología de la Salud”**. Argentina: Universidad Nacional de San Luis, Argentina.
- Lasprilla, A. J. y Fernández, G. (2006). **“Las demencias: aspectos clínicos neuropsicológicos y tratamiento”**. México: El Manual Moderno.
- Legarde, M. A. (2006). **“Planeación, conducción y evaluación del aprendizaje orientadas con una taxonomía del aprendizaje”**. México: Innovación Educativa. 200.
- Lozada, S. M. (2010). **“Enfermedades comunes de la piel en el adulto mayor”**. Revista Asociación Colombiana de Dermatología. Pág.: 20
- Lozano, R. y González, M. A. (2012). **“El peso de la enfermedad en adultos mayores”**. México: Informe de Salud Pública, 38 (6), 419-437.

- Medina, H. (2011). **“Diagnostico y tratamiento de Sarcopenia en el adulto mayor”**. México: IMSS.
- Montoya, C.J. (2000). **“Manual del cuidador primario”**. Medellín: Lexus.
- Moreno, M. A. (2011). **“Necesidades familiares y su relación con las características psicosociales que presentan los cuidadores con demencia”** Revista Psicología desde el Caribe, 4 (2), 39-46.
- OMS (2015). **“Organización Mundial de la Salud”**. (Electrónico):
www.who.int/features/factfiles/ageing/es [recuperado el 07 de mayo del 2016].
- Palomé, G. V., Gallegos, T., Xequé, M. A., Juárez, L. A. y Peréa, M. (2014). **“Nivel de sobrecarga en el cuidador principal del paciente crónico”**. Revista: CIENCIA de Querétaro, 2 (1), 1-10.
- Rice, P. (1996). **“Desarrollo Humano: Estudio del Ciclo vital”**. México: Prentice Hall Hispanoamérica. Segunda edición.
- Rivera, M., Dávila, M. y González, P. (2015). **“Calidad de vida de los cuidadores primarios”**. Revista de Especialidades Médico- Quirúrgicas. 16 (1), 27-32.
- Robine, J. M., Michel, J. P. y Herrmann, F. R. (2007). **“Who will care for the oldest people in our ageing society?”** British Medical Journal, 334 (7593), 570-572.
- Rodríguez, G. R. y Lazcano, B. G. (2007). **“Práctica de la Geriatria”**. México: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Rogers, C. (1972). **Psicoterapia centrada en el cliente**. Buenos Aires, Editorial Narcea.
- Rogers, C. (1978). **Orientación psicológica y psicoterapia**. Madrid, Editorial Narcea.

- Rogers, C. (1979). **El proceso de convertirse en persona**. Buenos Aires, Editorial Paidós.
- Roig, V. (1998). **“La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer”** *anales de Psicología*, 14 (2), 215-227.
- Ross, G. (2010). **“The diagnosis and differential diagnosis of dementia”**. *Med Clin N Am*, 86, 455-476.
- Rosselli, M., y Ardila, A. (2012). **“Deterioro Cognitivo Leve: definición y clasificación”**. *Revista neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias*. 12(11), 151-162.
- Rota, Z. A. (2014). **“La demencia senil: guía de apoyo al cuidador profesional en el manejo de las actividades básicas de la vida diaria”**. Pamplona: Navarro.
- Sanders, S., Ott, C. H., Kerber, S. T. y Noonan, P. (2008). **“The experience of high levels of grief in caregivers of persons with Alzheimer’s disease and related dementia”**. *Death Studies*, 32 (6), 495-523.
- Saxena, S., Wortmann, M., Acosta, D., Prince, m. y Khisnamoorthy E. (2013). **“Demencia una prioridad de salud pública”**. *Revista de Neurología Española*.10 (8). 23-35.
- Stiglitz, H. (2015). **“Pobreza de personas mayores de 64 años: problema Crítico en México”**. *La Jornada*.
- Takahash, M., Tanaka, K. y Miyooka, H. (2005). **“Depression an associated factors of informal caregivers versus professional caregives of demented patients”**. *Psychiatry Clin Neurosci*, 59 (4), 473-480.
- Turró, G. O. (2007). **“Repercusiones de la enfermedad de Alzheimer en el cuidador”**. *Alzheimer Real Invest Demenc*, 35, 30-37.

Valencia, J. J. (2010). **“Manual de Prevención y auto-cuidado para las personas adultas mayores”**. Dirección General de Equidad y Desarrollo Social. Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Distrito Federal.

Yesavage, J. A., Friedman, L., Bliwise, D., Singer, C. y Vitiello H. (2003). **“Development of diagnostic criteria for defining sleep disturbance in Alzheimer`s disease”**. Journal Geriatric Psychiatry Neural, 16 (3), 131-139.

ANEXOS

Anexo 1

“Cambiando el guión de la película”

Objetivo: Estimular la reflexión y visualización del participante, para que Programen su guión de vida cuando se presenta una enfermedad.

Activar la visualización del participante, para generar posibilidades de cambio personal ante la enfermedad del adulto mayor

Tiempo: Duración 60 minutos.

Materiales:

- Consultorio donde el participante pueda estar sentado y que pueda trabajar sin ser perturbado.
- Hojas de colores (para que pueda escribir su guión de vida)
- Lápiz.

Procedimiento:

- Se solicita al participante que se siente cómodamente.
- Se le indica el objetivo del ejercicio y se le solicita que siga las instrucciones que se darán verbalmente.

Instrucciones:

1. Cierre por un momento los ojos y, mientras, preste atención a su respiración.
2. Cuente hasta diez y al contar tome todo el aire que pueda.
3. Retenga el aire mientras cuenta hasta diez.
4. Exhale el aire mientras cuenta hasta diez.
5. Quédese sin aire y cuente hasta diez.
6. Repita el ejercicio anterior cinco veces.

7. Recuerde un momento (Desde que se diagnosticó la enfermedad del adulto mayor hasta ahora) en que le hubiera gustado haber actuado de diferente manera.
8. Recuerde lo que vio, escucho y sintió.
9. Pregúntese: ¿Qué podría haber hecho que fuera diferente?
10. Imaginen una escena en su mente de lo que hubiera pasado si lo hubieran hecho en forma diferente.
11. Ahora visualice su imagen en la escena.
12. Pregúntense: ¿Esta alternativa me hace sentir bien?
13. Puede crear en su cerebro más alternativas y seguir el mismo procedimiento.
14. escoja la alternativa más adecuada y tu cerebro encontrará las acciones que la hagan realidad.
15. Ahora, ubíquense nuevamente en el aquí y el ahora, abran lentamente los ojos.
 - Después se solicita al participante que comparta sus experiencias.
 - Finalmente se deja de tarea que haga un guión de su vida actual, y cómo lo puede redactar de manera que se sienta mejor.

Anexo 2

“Carta”

Objetivo: Revelar los sentimientos del participante ante el duelo durante la enfermedad del adulto mayor.

Tiempo: Duración 40 minutos.

Materiales:

- Consultorio donde el participante pueda estar sentado y que pueda trabajar sin ser perturbado.
- Hojas de papel (para que pueda escribir la carta)
- Lápiz.

Procedimiento:

- Se le pedirá al participante redacte una carta, dirigida al adulto mayor enfermo y su familia.
- Se le pedirá que la carta sea real y que resalte lo positivo de lo que realmente haya sucedido durante el diagnóstico y el cuidado del paciente.

Estructura de la carta.

Destinatario: Nombre del enfermo y de la familia

Contenido: El contenido de la carta será expresando las emociones que le provoca el saberse cuidador y de lo que representa haber tomado el papel. El extenso de la carta dependerá del participante.

Firma: El nombre del cuidador

- Al finalizar la carta se le pedirá que la lea y que comparta sus emociones.
- Se le planteará que la pueda leer a la familia y al adulto mayor, esto solo será una propuesta donde el participante tendrá la elección.

Anexo 3

“Cuaderno diario”

Objetivo: Tener un seguimiento del participante ante el duelo durante la enfermedad del adulto mayor.

Tarea para realizar en casa por las mañanas.

Materiales:

- Cuaderno de su preferencia
- Pluma

Instrucciones:

1. Escribir un diario donde pueda expresar lo que siente, que pensamientos han venido a su mente y cuáles han sido los desafíos que ha tenido que afrontar.
2. Al inicio de las siguientes sesiones se retomará el tema para retroalimentación.

Anexo 4

“El banco de niebla”

Objetivo: Identificar la importancia de la comunicación asertiva con la familia.

Duración: 60 minutos.

Instrucciones:

- Se tendrá una plática informativa sobre la manera de ser asertivo en la comunicación familiar así como su importancia.

Tema: La asertividad en 3 pasos.

Paso 1: Escuchar activamente lo que se dice y demostrar a la otra persona que se le presta atención y se le entiende (Centrarse en la otra persona).

Paso 2: Diga lo que piensa u opina (Centrarse en uno mismo).

Paso 3: Diga lo que desea que suceda, buscando un acuerdo (Centrarse en la otra persona y en uno mismo)

- Al finalizar se le explicará la técnica “El banco de niebla”

Consiste en dar la razón en parte y, manteniendo a la vez la integridad y el punto de vista propio. Es una forma de evitar la confrontación directa. Recibe este nombre porque si imaginamos que vamos conduciendo y de repente nos encontramos con un banco de niebla, ello nos obliga a frenar e ir más despacio. Lo mismo ocurre al utilizar esta técnica ya que con nuestra actuación conseguimos frenar la agresividad de nuestro adversario al admitir en un principio lo que dice o su posibilidad a la vez que mostramos comprensión hacia nuestro interlocutor.

Esta técnica se emplea de las siguientes maneras:

a) reconociendo cualquier verdad contenida en declaraciones que los demás emplean para criticarnos.

Por ejemplo: “Es verdad lo que dices...”

b) reconocer la posibilidad de la verdad.

Por ejemplo: “Puede que tengas razón...” “Es posible...”

- Para finalizar se planteará un juego de roles para que practique la manera asertiva de decir las cosas.

Anexo 5

“¿Qué hacer ante la sobrecarga?”

Objetivo: Mantener una conversación sobre el tema de la sobrecarga y las posibles soluciones para que las pueda aplicar en su vida diaria.

Duración: 60 minutos.

Tema de sobrecarga:

- ✓ Reconocer y modificar las emociones y sentimientos negativos.
 - Rabia /irritabilidad
 - Tristeza
 - Culpa
- ✓ Poner limites
 - Escuchando y pidiendo que se detalle la demanda si es necesario, para poder entenderle bien.
 - No justificar la respuesta negativa
 - Buscar alternativas de respuesta
- ✓ Pedir ayuda a los familiares
 - Decir que tipo de ayuda necesita
 - Evitar formas de comunicación agresivas
 - Decir de forma clara y concreta el tipo de ayuda que necesita
 - Adaptarse a la ayuda ofrecida
 - Evitar conflictos familiares

Anexo 6

“Plan de actividades”

Objetivo: Realizar un plan de actividades que ayude a descubrir si hay tiempo libre y en dado caso de no haberlo crear los espacios.

Duración: 60 minutos.

Instrucciones:

- Elaborar una lista con todas las tareas que deben realizarse durante el día.
- Ordenarlas de mayor a menor según el grado de importancia.
- Anotar el tiempo aproximado que necesita cada una.
- Hacer otra lista con actividades que le gustaría hacer.
- Ordenar de mayor a menor importancia.
- Anotar el tiempo aproximado que necesita cada una.
- Confeccionar una única lista de tareas priorizando e intercalando las actividades. Si requiere un tiempo libre especificar la hora en que lo necesita.