



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUA

**PROPUESTA DE UN TALLER PARA CUIDADORES
INFORMALES DE ADULTOS MAYORES CON LA
DEMENCIA TIPO ALZHEIMER**

T E S I S I N A

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Licenciada en Psicología

P R E S E N T A

GABRIELA MONSERRAT ESTRELLA ALBARRÁN

Directora de tesina: Dra. Martha Patricia Trejo Morales

Revisora: Dra. Carmen Selene Cansino Ortiz

Sinodales: Dra. Natalia Arias Trejo

Mtra. Nancy Elizabeth Rangel Domínguez

Dra. Livia Sánchez Carrasco

Ciudad de México, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

“Las ideas no duran mucho, hay que hacer algo con ellas”.

Santiago Ramón y Cajal

“Los hombres pasan, los recuerdos quedan, como quedan las obras de los que algo hacen”

Víctor Montenegro

“Del Alzheimer he aprendido a dejar la razón de lado y comunicarme con la emoción”. Javier

Agradecimientos

Antes de agradecerle a toda la gente que estuvo conmigo y, que es de suma importancia, en este proceso de convertirme en Psicóloga desde mis primeros semestres y hasta culminar este proceso tan importante en mi vida, quiero agradecerle a la persona más importante en mi vida y, que ha cuidado de mí todos los días, que sin ella no tendría una guía en mi camino y éste sería lúgubre. Gracias por estar todos los días de mi vida, por tomar mi mano y caminar siempre delante de mí para enseñarme a no tropezarme y por dónde pisar, a mi lado para llevarme por el lado correcto y atrás de mí para cuidar mis pasos, para protegerme de lo malo que ella puede ver y yo no. Gracias por persistir, por ser constante, por pedirle a Dios por mí, por alimentarme y consentirme siempre. Pero sobre todo por amarme incondicionalmente y ser mi madre. Te amo, Carmelita. Gracias por todo tu amor y dedicación porque gracias a ti pronto seré Licenciada en Psicología.

A ti, Anita, que siempre estás cerca de mí y te amo con todo mi ser, gracias que me cuidas desde el cielo. Sin ti nada de esto sería posible. Te amo, viejita hermosa.

A mi hermosa hermana Berenice, por cuidarme, escucharme, apoyarme de todas las maneras que existen y sobre todo por quererme y alentarme para ser una mejor persona. Te amo, hermana.

A mis tías que tanto quiero: Teresa y Cecilia, gracias por apoyarme en este camino tan largo (26 años), por cuidarme como mi madre lo hace, por apoyarme, por quererme, por estar incondicionalmente para mí, las quiero con todo mi corazón.

A Emi, que aunque tenga un añito de existir en el mundo, me ha inspirado a ser una mejor persona en todos los aspectos y, quiero que esté muy orgulloso de mí. Te amo amor de mi vida. Gracias por existir e inspirarme.

A mi mejor amigo Rafa, que desde hace algunos años ha estado incondicionalmente para mí y no sólo como amigo sino como hermano y psicólogo, te quiero de sobremanera, amigo.

A la Dra. Natalia Arias Trejo por haberme dado la oportunidad de realizar mis prácticas profesionales en su laboratorio sin conocerme y aún así confiar en mí, por enseñarme a redactar mejor, por enseñarme el verdadero amor a lo que hacemos día a día, por darme la gran oportunidad de empezar con las neurociencias en mi ámbito favorito que es con niños, muchas gracias Natalia por ser tan excelente profesionalista, pero sobre todo excelente persona. Mi tiempo en el lab fue de mis mejores etapas.

A Angie, por ser tan paciente y tolerante conmigo durante todo el servicio social, pero sobre todo por ser tan hermosa persona y guiarme por este camino que fue un poco difícil al final, pero que siempre me brindó su ayuda y pude aprender tanto

en el Hospital. Gracias, Angie, te quiero.

A la Dra. Patty que a pesar de que tiene algunos meses que empezamos este camino juntas es una gran profesionalista y excelente persona, sin ella no sería posible que esté a unos pasos de ser Licenciada. Gracias, Patty.

A mi mejor amiga Nayeli, que ahora estamos un poco lejos, pero que me ama, la amo y me ha apoyado desde que decidimos emprender este viaje de amistad juntas. Te amo, bebé.

También quiero agradecerle a mis amigos de la Universidad: MaFer (Rein) y Bren, por quererme, echarme la mano y echarme porras, las quiero guapas.

A mis profesores de la Universidad que me guiaron, aún sin darse cuenta hasta este último paso, por hacer que aclarara mis dudas y tomara la mejor decisión durante mi carrera que fue elegir el área de las neurociencias y, que ya estando en esa área me gustara tanto y aprendiera a realmente amar mi profesión. Gracias: Víctor, gracias Tere y gracias Ana.

A la Dra. Selene Cansino por aceptar ser mi revisora, a la Maestra Nancy Rangel, a la Dra. Natalia Arias y la Dra. Livia Sanchez por aceptar ser parte de mi sínodo y ayudarme a lograr concluir esta maravillosa meta. GRACIAS.

Índice	
Resumen.....	8
1. Introducción.....	9
2. Envejecimiento	10
2.1 Epidemiología	10
2.2.1 Clasificación	11
2.2.2 Envejecimiento físico	13
2.2.3 Envejecimiento cognitivo	16
3. Demencias.....	19
3.1 Definición.....	19
3.2 Clasificación	20
3.3 Demencia tipo Alzheimer.....	22
4. Cuidadores primarios de pacientes con demencia	27
4.1 Definición y tipos.....	27
4.2 Sobrecarga del cuidador.....	28
5. Propuesta de Taller para cuidadores informales de adultos mayores.....	37
6. Conclusiones	52
7. Bibliografía	54
8. Anexos	59

Resumen

El cambio demográfico y el incremento en el número de personas con enfermedades neurodegenerativas, entre ellas la demencia tipo Alzheimer, ha producido un incremento en el número de cuidadores informales quienes, al no tener una formación previa, en ocasiones no poseen las herramientas necesarias para mantener una calidad de vida aceptable, tanto del paciente como propia. El objetivo de este taller fue psicoeducar a los cuidadores informales para elevar su calidad de vida al favorecer la expresión de emociones, el intercambio de experiencias, la retroalimentación de estrategias de cuidado y la creación de grupos de apoyo para evitar la sobrecarga del cuidador.

Palabras clave: demencia tipo Alzheimer, demencia, cuidador informal, sobrecarga del cuidador.

1. Introducción

El envejecimiento es un fenómeno natural que se presenta desde el nacimiento hasta la muerte y se define como una construcción social e individual que determina las formas de percibir, apreciar y actuar en ciertos espacios socio-históricos. La vejez es un proceso natural y también es consecuencia de la forma en la que se vivieron las etapas que le antecedieron (niñez y juventud) y refleja los cambios estructurales y bioquímicos del sistema nervioso, del contexto social, y la actitud ante la vida de cada persona (Ramírez, 2016; Alvarado García y Salazar Mendoza 2014; Mendoza-Núñez y Martínez Maldonado, 2012; Gutiérrez Robledo, 2010).

El envejecimiento se considera un tema importante a estudiar debido al incremento en el promedio de vida junto con el aumento en el diagnóstico de un grupo mixto de enfermedades neurodegenerativas. Estas enfermedades actúan directamente en el Sistema Nervioso Central (SNC) y afectan las funciones cerebrales ya que hay una pérdida progresiva de neuronas en estructuras específicas del cerebro (Torrell-Vallespín, 2015). Entre las enfermedades más comunes se encuentran la demencia tipo Alzheimer, la enfermedad de Parkinson y la enfermedad de Huntington.

La demencia tipo Alzheimer se caracteriza por múltiples déficits cognoscitivos (principalmente el deterioro de la memoria) que se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad y a los efectos persistentes de una sustancia o a múltiples etiologías.

Actualmente, la cifra de los adultos mayores con enfermedades neurodegenerativas va en incremento y la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que en el mundo hay unos 50 millones de personas con demencia y que la Enfermedad de Alzheimer es la forma más común de esta ya que representa entre un 60% y 70% de los casos (OMS, 2017).

El cambio demográfico y el perfil epidemiológico en los adultos mayores ha obligado a los gobiernos y a diferentes organismos nacionales e internacionales a generar planes de acción para mejorar la calidad de vida de este sector, sin embargo, con base en la revisión de la literatura se ha confirmado que la población en general necesita seguir capacitándose en el cuidado de un paciente con la demencia tipo Alzheimer. El presente trabajo comienza con la explicación de las características básicas del envejecimiento sano y del envejecimiento patológico, específicamente la Enfermedad de Alzheimer; posteriormente, se revisarán las generalidades de un cuidador primario y finalmente, se realizará la propuesta de un taller dirigido a cuidadores informales con el propósito de dar psicoeducación sobre el proceso de envejecimiento en pacientes con un diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer para así elevar su calidad de vida.

2. Envejecimiento

2.1 Epidemiología

El envejecimiento en los seres humanos es un fenómeno que sucede a lo largo de la vida, abarca desde el nacimiento hasta la muerte y está determinado por factores genéticos y ambientales (Ordovas, 2006).

Para el 2050, se estima que en el mundo existirán 2000 millones de personas mayores de 60 años (OMS, 2017). En 2017, el Consejo Nacional de Población estimó que en México habitaban 13 millones de adultos mayores (INEGI, 2017). En el 2020, la esperanza de vida de la población total será de 75.2 años, de 78 y de 73 años para mujeres y hombres, respectivamente; asimismo, para el 2030, esta esperanza de vida incrementará a 77.2 años para el total de la población mientras que para las mujeres el aumento será a 79.5 años y para los hombres a 75 años (CONAPO, 2014).

El índice de envejecimiento da cuenta del balance entre generaciones y se calcula como el número de personas envejecidas por cada 100 jóvenes. Numéricamente, es el cociente de la población envejecida (de 65 años o más) entre la población joven (del nacimiento a los 14 años) multiplicado por cien. En el 2010, el índice de envejecimiento era de 21.4 adultos mayores por cada 100 jóvenes, sin embargo, se espera que para el 2050, esta diferencia crezca hasta 130 (CONAPO, 2011).

De esta manera, el envejecimiento de la población es un desafío demográfico que requiere la implementación de políticas públicas referentes a los

servicios de salud que permitan atender tanto a los adultos mayores que presenten un envejecimiento sano como a aquellos que presenten un envejecimiento patológico. Gutiérrez-Robledo y Arrieta-Cruz (2015) afirman que, a nivel mundial, la dependencia en las personas adultas mayores es del 13% y que ésta en su mayoría se da debido a la presencia de demencia, la cual representa un porcentaje mayor por encima de las enfermedades cardiovasculares, músculo-esqueléticas y el cáncer.

2.2 Características

2.2.1 Clasificación

La edad cronológica se utiliza frecuentemente para determinar el grupo al que pertenece un individuo. Por lo general, se considera que una persona ya es adulto mayor cuando alcanza los 60 años de edad y este criterio es ampliamente utilizado por Organización de las Naciones Unidas, el Gobierno de la Ciudad de México y el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Secretaría de Salud, 2001).

A pesar de que la edad cronológica es uno de los indicadores más utilizados para considerar si una persona es vieja o no, ésta por sí sola no nos dice mucho de la situación en la que se encuentra el individuo. Para comprender esto mejor, se requiere considerar conceptos como la edad física, la edad psicológica y la edad social. La primera de ellas se refiere a los cambios físicos y biológicos normales durante la vejez y éstos ocurren a diferentes ritmos de

acuerdo con el sexo, residencia, situación económica y estilo de vida del individuo. La edad psicológica se refiere a los cambios en emociones, sentimientos, pensamientos y cognición, así como el significado que para cada individuo tiene la vejez. Por último, la edad social se refiere a las expectativas o significados que los grupos tienen sobre la vejez (INMUJERES, 2015).

De esta manera, los adultos mayores son un grupo heterogéneo con necesidades diferentes. Una de las clasificaciones de los adultos mayores en función de la edad cronológica establece tres grupos (e.g. Mendoza Núñez y Martínez Maldonado, 2012):

- a) Viejos jóvenes (60-74 años): Grupo potencialmente activo y funcional que puede ser fundamental para un envejecimiento activo.
- b) Viejos viejos (75-89 años): En este grupo incrementa la presencia de limitaciones en la funcionalidad física, psicológica y social. Los programas de salud se orientan a la prevención de la fragilidad y al mantenimiento, prolongación o recuperación de la funcionalidad.
- c) Viejos longevos (90 años y más): Grupo vulnerable en el que se busca prevenir y controlar la fragilidad.

Existen diferentes tipos de envejecimiento: usual o normal, exitoso y el que cursa con fragilidad. Las personas con envejecimiento usual presentan los cambios físicos y cognitivos inherentes a la edad y pueden padecer alguna enfermedad crónico degenerativa (diabetes, hipertensión...), no obstante, son funcionales (física, mental y socialmente) e independientes. Los adultos mayores que cursan un envejecimiento exitoso, manifiestan los cambios biológicos y

psicológicos de la edad, pero hay una alta capacidad cognitiva, social y funcional, ausencia o baja probabilidad de enfermedad o discapacidad asociada a enfermedad, así como un activo compromiso con la vida. En el envejecimiento con fragilidad, los adultos mayores muestran una disminución significativa más acentuada que sus pares en la eficiencia funcional de órganos y sistemas, lo que genera alteraciones físicas y complicaciones que derivan en enfermedades agudas o crónicas; asimismo, pueden desarrollar dependencia en la realización de las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria (Domingo Castillo, 2009; Brigueiro, 2005)

2.2.2 Envejecimiento físico

Conforme transcurre el tiempo y la edad incrementa, se produce un deterioro biológico en el ser humano que se hace más notorio en los adultos mayores. Este deterioro tiene como consecuencias la pérdida de la funcionalidad y los cambios en la estructura orgánica, las cuáles se ven reflejadas en la condición física (Carbonell-Baeza, Aparicio García-Molina y Delgado-Fernández, 2009).

Con la edad, se observa una disminución en la fuerza de prensión manual que se hace notoria a partir de los 50 años en mujeres y de los 30-40 años en hombres. La disminución de fuerza también se observa en las piernas y es más significativa en esta zona que en las manos; no obstante, esta disminución no es un factor de mortalidad en adultos mayores sino sólo un precedente de disminución motriz (Carbonell-Baeza et al., 2009).

Asimismo, se presenta una disminución en la capacidad aeróbica, la cual

consiste en el funcionamiento adecuado del corazón, vasos sanguíneos y pulmones para poder realizar actividades sostenidas con poco esfuerzo o fatiga y recuperarse rápidamente. Esta capacidad disminuye aproximadamente cada 10 años sufriendo un declive del 10% a partir de los 30 años y sólo el entrenamiento vigoroso puede atenuar este declive (Carbonell-Baeza et al., 2009; Ávila-Funes y García-Mayo, 2004).

Otra de las características físicas que disminuyen con el envejecimiento es la flexibilidad, pero ésta no es gradual ni recta, ya que cada articulación y movimiento articular tienen un resultado específico. Esta disminución ocurre con mayor frecuencia en mujeres que en hombres independientemente de la edad. Finalmente, el equilibrio estático y dinámico también disminuyen con la edad y éste es un cambio fisiológico importante ya que en los adultos mayores puede producir caídas, además de que afecta la vida cotidiana ya que produce dificultad para mantenerse de pie, estar en cuclillas, agacharse, caminar, etc. (Carbonell-Baeza et al., 2009).

En la Tabla 1 se muestran los cambios estructurales y consecuencias fisiológicas en el proceso del envejecimiento (Landinez Parra, Contreras Valencia y Castro Villamil, 2012).

Tabla 1. Cambios estructurales y fisiológicos en el envejecimiento.

<i>Sistema o aparato</i>	<i>Cambios estructurales</i>	<i>Cambios fisiológicos</i>
Composición corporal	Disminución de agua corporal y del tamaño de órganos. Aumento relativo de grasa corporal	Resistencia disminuida a la deshidratación y alteración en la absorción de fármacos
Sistema tegumentario	Disminución del recambio de células epidérmicas, del número de melanocitos, de la actividad de glándulas sebáceas y de la vasculatura dérmica y asas capilares. Atrofia de los folículos pilosos y glándulas sudoríparas.	Arrugas cutáneas, fragilidad capilar, xerosis cutánea, queratosis actínica, alopecia y encanecimiento.
Aparato cardiovascular	Disminución del número de células miocárdicas y de la contractilidad. Aumento en la resistencia al llenado ventricular. Descenso en la velocidad de conducción, la sensibilidad de los barorreceptores, el gasto cardíaco y el flujo sanguíneo. Rigidez de las arterias	Disminución de la reserva cardíaca. Escasa respuesta del pulso con el ejercicio. Arritmias. Aumento de la presión arterial. Síncopes posturales
Aparato respiratorio	Disminución de la distensibilidad de la pared torácica y pulmonar y del aclaramiento mucociliar. Pérdida de septos alveolares. Colapso de las vías aéreas y aumento del volumen del cierre	Disminución de la capacidad vital. Aumento del riesgo de infecciones y broncoaspiración
Aparato renal	Descenso absoluto del número de nefronas, del tono vesical y del esfínter, así como de la capacidad de la vesícula y del peso renal. Hipertrofia prostática en hombre y descenso del tono de musculatura pélvica en mujeres	Disminución en la habilidad de concentración y máxima capacidad de reabsorción de la glucosa. Incontinencia
Aparato gastrointestinal	Disminución de la producción de saliva, del peristaltismo, de la secreción de ácido y de enzimas	Pérdida de piezas dentarias, tránsito esofágico prolongado, reflujo esofágico, disfagia, poliposis gástrica, diverticulosis e incontinencia.

Tabla 1 (*Continuación*). Cambios estructurales y fisiológicos en el envejecimiento

Sentidos	Fisiología alterada del vítreo y retina, degeneración macular. Cambio en la coloración, rigidez y tamaño del cristalino. Disminución de las células sensoriales en el sistema vestibular, gustativo y olfatorio, así como en la agudeza táctil y de temperatura.	Disminución de agudeza visual, campos visuales y velocidad de adaptación a la oscuridad Trastorno en la acomodación y reflejos pupilares. Mayor incidencia de miopía, astigmatismo y cataratas. Disminución en la audición (altas frecuencias), en la discriminación de sonidos y alteraciones del equilibrio.
Aparato locomotor	Acortamiento de la columna vertebral por estrechamiento del disco, cifosis, pérdida de masa ósea, disminución de elasticidad articular y del número de células musculares. Aumento del contenido de grasa muscular.	Descenso progresivo de altura, osteoporosis, colapso vertebral, propensión a fracturas, pérdida de fuerza muscular progresiva y disminución de la eficacia mecánica del músculo.
Sistema Nervioso	Pérdida neuronal variable, disminución de conexiones dendríticas, del flujo sanguíneo cerebral y de la velocidad de conducción. Alteración en los mecanismos de control de temperatura y de la sed	Alteraciones intelectuales, lentitud y escasez de movimientos, hipotensión postural, mareos y caídas. Reaparición de reflejos primitivos, hipo e hipotermia y deshidratación.

Adaptado de Landinez Parra, Contreras Valencia y Castro Villamil (2012).

2.2.3 Envejecimiento cognitivo

La función cognitiva es el resultado del funcionamiento global de diferentes procesos como el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas (Landinez-Parra et al., 2012). La función cognitiva cambia con la edad y en ocasiones disminuye de tal manera que se presenta una demencia, la cual es un trastorno

caracterizado por un deterioro cognitivo adquirido de suficiente gravedad que afecta el funcionamiento social y profesional.

El descenso de la actividad cognitiva tiene como principal resultado la disminución en memoria y algunas de las causas sugeridas para explicar este decremento son algunos cambios neurológicos que afectan la oxigenación, la función y nutrición cerebral, así como el estado de ánimo, la motivación, entre otros (Noriega Borge; García Hernández y Torres Egea, 2005). La salud se ha relacionado con las emociones y se ha demostrado que las emociones negativas como ansiedad y desesperación se asocian con una mala salud mental y física; mientras que las emociones positivas como la esperanza, están relacionadas con una vida plena (Segura, Aguilar y Lorenzo, 2011).

Las principales alteraciones que se observan en el sistema nervioso como consecuencia del envejecimiento cerebral son (e.g. Pereira, Wu, & Small, 2007; Portellano, 2005; Redolat y Carrasco, 1998):

- Disminución del peso cerebral a partir de la sexta década de vida, aproximadamente 100 gramos, tanto de la sustancia gris cortical como de las áreas subcorticales, esto como consecuencia de la disminución del flujo sanguíneo y de los procesos de arteriosclerosis.
- Cambios neuroquímicos similares a los que se observan en la Enfermedad de Alzheimer, ya que incluso las placas seniles y los ovillos neurofibrilares característicos de esta demencia se encuentran habitualmente en el cerebro de los ancianos sanos, aunque en menor proporción.
- Degeneración de los neurofilamentos situados en el interior de las neuronas,

alteración del citoesqueleto y disminución de la velocidad de conducción de los impulsos nerviosos.

- Atrofia axónica y reducción en el número de sinapsis como consecuencia de la disminución del árbol dendrítico y de las espinas dendríticas.
- Alteraciones metabólicas con aumento de gránulos de lipofuscina y de vacuolas con depósitos de sustancias producidas por la degeneración celular.
- Hipertrofia e hiperplasia de la neuroglías, sobre todo de los astrocitos, especialmente en las zonas donde se ha producido una mayor pérdida neuronal. En consecuencia, el índice neuroglía/neurona tiende a aumentar en proporción directa a la muerte neuronal durante el envejecimiento.
- Degeneración progresiva de las vainas de mielina y alteración de su estructura química, lo que puede producir una disminución en la velocidad de transmisión de estímulos.
- En el cuerpo estriado y en la corteza entorrinal aparecen calcificaciones producidas por la disminución del riego sanguíneo. Las estructuras filogenéticas más antiguas como el rinencéfalo y el hipocampo son las primeras en mostrar signos de atrofia, disminuyendo también el tamaño de los núcleos diencefálicos y del hipotálamo.
- Modificaciones neuroquímicas consistentes con la pérdida progresiva de núcleos colinérgicos, siendo este hecho un marcador del grado de deterioro cognitivo tanto en el envejecimiento normal como patológico.
- Modificaciones hormonales: la disminución de los estrógenos en la mujer afecta las funciones cognitivas, ya que estos modulan los niveles colinérgicos

y serotoninérgicos y protegen al cerebro frente al estrés oxidativo, al tiempo que estimulan el crecimiento dendrítico y las espinas sinápticas tanto en el hipotálamo como en el hipocampo. Las mujeres postmenopáusicas que toman estrógenos mejoran sus funciones cognitivas.

- En la menopausia disminuyen las lipoproteínas de baja densidad y aumentan las lipoproteínas de alta densidad, con lo que aumenta el riesgo de deterioro cognitivo.
- Disminución del metabolismo cerebral expresado en el menor consumo de glucosa y oxígeno por las neuronas (aproximadamente un 10-15%). Las situaciones de estrés tienden a aumentar la presencia de glucocorticoides en sangre, aumentando la vulnerabilidad de las neuronas hipocámpicas y activándose la sobreproducción de radicales libres. Por otra parte, la disminución en el metabolismo de la glucosa en los ancianos correlaciona positivamente con la alteración en la síntesis y liberación de acetilcolina.

3. Demencias

3.1 Definición

La demencia se refiere a un proceso patológico marcado por la aparición de un déficit cognitivo progresivo, en múltiples dominios, en comparación con un estado previo que afecta el ambiente social, familiar y ocupacional del paciente (Sadock, Sadock y Ruiz, 2015; Portellano, 2005). De acuerdo con Kaplan y Sadock (2015), los puntos críticos clínicos de la demencia son identificar el

síndrome y realizar la valoración clínica de su causa; asimismo, el desarrollo de la demencia puede ser progresiva o estática, permanente o reversible.

En la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V (2015), la demencia recibe el nombre de “Trastorno neurocognitivo” y se clasifica en mayor y leve. En el trastorno neurocognitivo mayor se observa que el declive es significativo en comparación con el nivel previo en uno o más dominios cognitivos (atención, funciones ejecutivas, aprendizaje, memoria, lenguaje, percepción, motricidad o cognición social), se ve disminuida la autonomía, los déficits no ocurren exclusivamente en un delirium y no se explican mejor por otros trastornos mentales. Asimismo, se debe especificar si hay o no alteración del comportamiento y si la gravedad es leve, moderada o severa.

3.2 Clasificación

Existen diferentes criterios para clasificar las demencias. Algunos autores (e.g. De Hoyos Alonso, Tapias Merino y García De Blas González, 2012; Portellano, 2005) refieren que las demencias se pueden clasificar en: corticales, subcorticales y axiales. Las demencias corticales son consecuencia de las lesiones de las áreas asociativas del córtex frontal y temporoparietooccipital y se caracterizan por la pérdida gradual de la memoria así como cuadros afásicos, apráxicos y agnósicos; algunos ejemplos de este tipo de demencia son la demencia tipo Alzheimer, Enfermedad de Pick o la producida por traumatismos craneoencefálicos. Las demencias subcorticales se caracterizan porque los síntomas se presentan en áreas situadas debajo del córtex y se observa una

disminución en la resolución correcta de tareas complejas, así como trastornos de humor; ejemplos de este tipo de demencias son la Enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Huntington y Enfermedad de Wilson o parálisis supracraneal progresiva. En las demencias axiales, hay alteraciones en el eje medio del encéfalo, hipocampo, hipotálamo, fórnix o cuerpos mamilares y se caracteriza por la pérdida de memoria a pesar de que el sujeto se muestre aparentemente bien y, normalmente se presenta por un exceso en la ingestión de alcohol (15-20 años), un ejemplo de este tipo de demencia es la encefalopatía de Wernicke-Korsakoff (Portellano, 2005).

Las demencias también se clasifican con base en su etiología en degenerativas, vasculares y por otros factores causales (Portellano, 2005). En las degenerativas se encuentran la demencia tipo Alzheimer, por síndromes focales progresivos, las demencias frontotemporales, la Enfermedad de Pick, degeneración del lóbulo frontal, enfermedad de la motoneurona, Enfermedad de Parkinson, Demencia por cuerpos de Lewy, Parálisis supranuclear progresiva, Huntington y degeneración corticobasal. En las demencias vasculares se encuentran por lesión única, multi-infarto, encefalopatía aterosclerótica subcortical, hemorragia intracraneal y subaracnoidea e hipóxica. En las demencias por otros factores causales tenemos las de tipo infeccioso (VIH, enfermedades por priones, encefalitis víricas, meningitis crónicas, abscesos cerebrales, Enfermedad de Whipple y demencia por espiroquetas), endocrino-metabólicas (hipotiroidismo, hipoglucemia crónica, uremia, insuficiencia hepática, alteraciones de calcio, trastornos hereditarios del metabolismo), neoplásicas (primarias, metastásica y paraneoplásicas), carenciales (déficit de vitamina B12, de tiamina, de ácido

nicotínico y de ácido fólico), tóxicas (por abuso del alcohol, abuso de drogas, metales pesados y solventes industriales) y por otros factores (hidrocefalia a presión normal, traumáticas, desmielizantes y pseudodemencia).

3.3 Demencia tipo Alzheimer

La demencia tipo Alzheimer fue descrita por primera vez en 1907 por el médico alemán Alois Alzheimer y actualmente, es la demencia que se presenta con mayor frecuencia en pacientes adultos mayores de 65 años (50-60%) a nivel mundial (Chrem y Amengual, 2015). Se ha observado que a partir de los 85 años, la prevalencia de la demencia tipo Alzheimer a nivel mundial incrementa anualmente entre 3 y 5% de este sector (WHO, 2001).

La senectud demográfica se da por el influjo de un crecimiento anterior demográfico excesivo y a la vez la pérdida consecuente de la natalidad (Liao, 1996). En 2005, México tenía una población de casi 104 millones, con respecto al índice poblacional de ancianos y se prevé que en el 2050, ésta será del 21.2% de toda la población (González, 2015). En la Figura 1 se muestra el porcentaje de la población por grupos de edad en México entre los años de 1950 y 2050 (CONAPO, 2015).

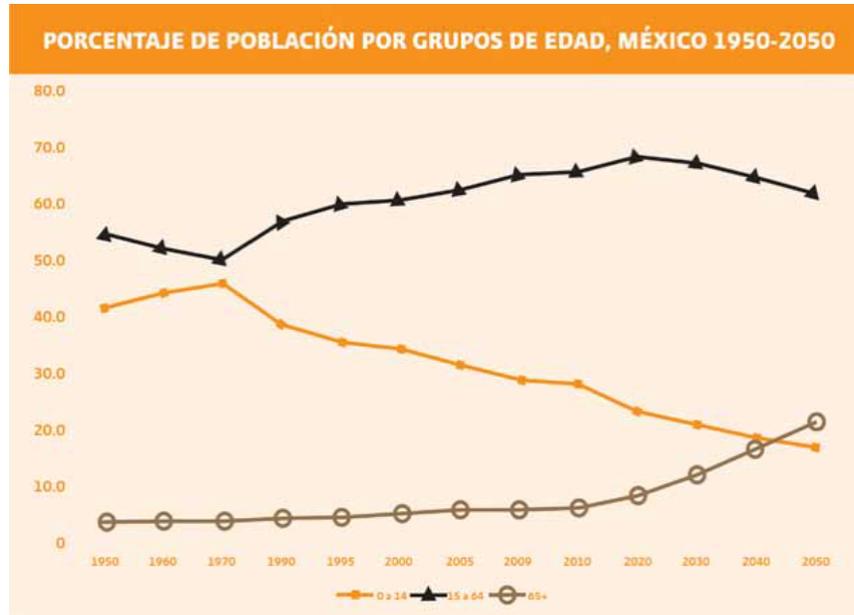


Figura 1. Porcentaje de la población por grupo de edad en México 1950-2050 con base en información de INEGI y CONAPO. Obtenido de González, 2015, p. 298.

La principal característica de este tipo de demencia es el déficit progresivo e irreversible de las funciones cognitivas como la memoria, la capacidad de razonamiento y el lenguaje; pero principalmente, la pérdida de memoria a corto plazo directamente relacionada a la memoria explícita.

La demencia tipo Alzheimer genera cambios neuroquímicos y alteraciones macroscópicas y microscópicas en diferentes regiones del encéfalo (e.g. Rani, Diwan, Rani, Pankaj, Verma y Sehgal, 2016; Portellano, 2005):

- Formación de placas seniles en el córtex asociativo, compuestas de una zona central formada por depósitos de amiloide con prolongaciones de células gliales que se disponen alrededor y prolongaciones de neuronas degeneradas.

- Degeneración neurofibrilar y granulovacuolar. Los ovillos neurofibrilares corresponden a depósitos intracitoplasmáticos de neurofilamentos anormalmente hiperfosforilados que adoptan una estructura de doble hélice.
- Presencia de depósitos amiloides perivasculares.
- Agrandamiento de ventrículos (lateral y tercero)
- Atrofia de materia blanca
- Déficit colinérgico en áreas corticales asociativas, hipocampo, locus coeruleus, núcleos del rafe y áreas entorrinales.

En la demencia tipo Alzheimer se observan diferentes alteraciones neuropsicológicas entre las cuales se encuentran los diferentes tipos de memoria (e.g. corto y largo plazo, episódica, semántica), el lenguaje (afasia), la coordinación motriz (apraxia) y la percepción espacial (agnosia) (Romano et. al 2007). El diagnóstico que comprende la reunión de las alteraciones neuropsicológicas antes mencionadas es conocido como “Triple A o Triada afasia-apraxia-agnosia”, sin embargo, es importante mencionar que a pesar de que se presentan todos los síntomas, éstos no se manifiestan desde el principio y pueden aparecer hasta que culmina la enfermedad (Romano, Nissen, Del Huerto y Parquet, 2007).

Asimismo, entre los procesos cognoscitivos que se afectan durante la demencia tipo Alzheimer se encuentran la atención auditiva inmediata, la memoria reciente verbal, la coordinación visomotora, la planeación, el razonamiento abstracto (visual, verbal y numérico), el juicio práctico y la memoria de trabajo

(Castillo-Rubén, De Luna-Castruita, López-García, Pliego-Flores, Sánchez-Rubio y Gallegos, 2014).

La demencia tipo Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa y progresiva con un avance lento y en su transcurso se pueden localizar seis etapas (Alzheimer's Association, 2018):

1. El paciente puede percibir que su memoria comienza a fallar, ya que puede olvidar en dónde están ciertos objetos (e.g. las llaves de la casa), sin embargo, en los exámenes clínicos aún no se muestran signos.
2. Los signos se hacen más notorios ya que el paciente comienza a perder la concentración e inclusive se le dificulta desempeñar tareas, mantener su atención en una lectura, etc.
3. El olvido de los sucesos recientes y de parte de su información personal se hace evidente, a los pacientes se les complica realizar sus tareas y planear actividades.
4. El paciente olvida su dirección o cómo llegar a casa, es incapaz de ubicarse en tiempo y espacio y le resulta difícil vestirse de acuerdo a la época del año.
5. Se preserva el recuerdo de su nombre pero olvida su información personal o la recuerda diferente, presenta dificultad en el reconocimiento de familiares o de localización espacial en su domicilio, llega a tener incontinencia fecal y urinaria, presenta alteraciones en el ciclo sueño-vigilia y necesita de ayuda física de su cuidador para trasladarse.
6. La dependencia del paciente es total y requiere apoyo del cuidador para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, asimismo, se puede presentar rigidez muscular.

A pesar de que en la demencia tipo Alzheimer se pueden reconocer etapas, no se tiene una precisión de los tiempos de cada una de ellas, sin embargo, su clasificación es útil para tener un mejor conocimiento sobre la progresión de ésta.

Aunque no hay cura para la demencia tipo Alzheimer, existen dos grupos de fármacos autorizados para el tratamiento del deterioro cognitivo y de los síntomas conductuales: los anticolinesterásicos y los moduladores de transmisión glutamatérgica (e.g. López Locanto, 2015). El tratamiento farmacológico en la primera etapa se basa en la utilización de inhibidores de la acetilcolinesterasa y los fármacos que se sugieren son donepezilo, galantamina o rivastigmina; en la segunda etapa, se prescribe alguno de los fármacos anteriores más un antagonista parcial del receptor n-metil-d-aspartato (NMDA), específicamente memantina; en la última etapa, el esquema terapéutico frecuentemente utilizado es donepezil o galantamina más memantina (León Díaz, 2017). Sin embargo, los pacientes con demencia tipo Alzheimer no sólo reciben tratamiento farmacológico para alentar el deterioro cognitivo como se mencionó anteriormente, sino también para alentar los síntomas conductuales.

4. Cuidadores primarios de pacientes con demencia

4.1 Definición y tipos

El término cuidador se refiere al personal de salud y a las demás personas encargadas del cuidado de un paciente (García-Lara y Ávila-Funes, 2015). Sin embargo, el cuidador no sólo se encarga de ver al paciente sino también de realizar diferentes actividades (e.g. asuntos económicos, organizar reuniones, atender las cuestiones de salud) durante todo el proceso de la enfermedad del paciente y la dependencia de éste (Leturia y Yanguas, 1999). El rol que funge el cuidador es de suma importancia en la vida del paciente ya que éste ayuda a un mejor desarrollo en su ambiente, logrando así conservar sus capacidades habituales por más tiempo (Artaso, Goñi y Biurrun, 2003; Pérez, 1997).

El envejecimiento de la población y el rápido incremento de enfermedades neurodegenerativas provoca que el número de cuidadores también aumente, sin embargo, no todas las personas que cuidan a un enfermo con demencia o con alguna limitación, están capacitadas de manera formal para poder realizar esta labor.

Existen diferentes tipos de cuidadores, entre los cuales están los cuidadores formales y los informales. El primer tipo incluye a las personas que cuidan al paciente de forma directa a cambio de un incentivo, y puede o no estar capacitado para ello. Los cuidadores informales no reciben algún beneficio monetario y tienen una relación directa con el paciente, es decir, son familiares o

amigos (Izal y Montorio, 1998), sin embargo este tipo de cuidadores no tienen un horario establecido, lo cual produce que el cuidador descuide su vida personal (actividades sociales, trabajo e incluso su salud física y emocional) y, conforme va avanzando la demencia y los síntomas se van agudizando, la sobrecarga del cuidador puede incrementar.

4.2 Sobrecarga del cuidador

Para entender claramente la sobrecarga en el cuidador se requieren conocer dos conceptos: la carga subjetiva y la carga objetiva. La primera se define de acuerdo a las actitudes y emociones con base en la experiencia del cuidador, mientras que la carga objetiva, hace referencia a los cambios reales que experimenta la vida del cuidador (Guerra, 2015).

El cuidador tiende a descuidar su vida lo que le causa ansiedad, angustia, depresión y aislamiento social (Intrieri y Rapp, 1994). Con base en estudios previos (e.g. Pérez Perdomo y Llibre, 2010) realizados a cuidadores de pacientes con demencias, se ha denotado que dichos cuidadores tienden a deprimirse con mayor facilidad que los cuidadores de pacientes con otras enfermedades. Este incremento en la probabilidad de presentar depresión se deba quizá a la dificultad que conlleva el cuidado de estos pacientes, por lo tanto, se les recomienda que reciban ayuda.

Según Pérez-Perdomo y Llibre Rodríguez (2010), el nivel de sobrecarga que se genera en los cuidadores aumenta conforme avanza la enfermedad del paciente y de los síntomas que éste manifiesta ya que esto produce varias

consecuencias. La primera de ellas es que no sólo se trata del cuidado que se le brinda al paciente, sino que como consecuencia de éste se afecta la vida laboral del cuidador lo que le produce estrés personal, problemas físicos y mentales. Otra consecuencia es que el cuidador no tiene el mismo tiempo que tenía antes para disfrutar de las actividades que le gustan, tiene menos tiempo para otros familiares y amigos y, como última consecuencia y la más importante, es que los cuidadores tienen una severa afectación por el deterioro mental, debido a la incapacidad de comunicarse con sus familiares (German et al, 2009; Pérez-Fuentes et al., 2014) lo que los lleva a la depresión.

El cuidador también tiene preocupaciones de índole económico, ya que en ocasiones tiene que verse forzado a dejar algunos “lujos” e incluso necesidades básicas para poder cubrir algunas necesidades inesperadas del enfermo (Guerra, 2015). Asimismo, se afecta el estado físico del cuidador no sólo por el desgaste sino por los cambios posturales que a veces tiene que realizar al paciente lo cual puede ocasionarle lesiones, además, se debe considerar el estrés generado que lleva a que al cuidador sufra cambios en el apetito, dificultad para conciliar el sueño, cansancio excesivo e incapacidad para relajarse, lo cual puede desencadenar la sobrecarga al cuidador (Guerra, 2015).

De esta manera, cuidar a un familiar porque “se necesita” no siempre es una experiencia agradable además de que no siempre se está capacitado/a para un trabajo tan arduo, por lo que con el paso del tiempo el cuidador informal puede llegar a desarrollar el síndrome de “sobrecarga del cuidador” (Peinado & Garcés de los Fayos, 1998) o también conocido como el “síndrome de burnout” o “síndrome del cuidador principal” (Acton y Kang, 2001). Este síndrome, por

definición, incluye la totalidad de alteraciones que se manifiestan a lo largo del tiempo que realizan las actividades asistenciales y, como resultado, el estrés tolerado (Peinado & Garcés de los Fayos, 1998).

Se ha reportado un incremento del 63% del riesgo de descenso de la salud de los cuidadores relacionados directamente con los pacientes (cónyuges) por el exceso de sobrecarga que desarrollan, y que por ende, se muestran resultados de relación entre el estrés del cuidador y el maltrato de éstos hacia los pacientes en el 20% de los casos (Coruña, 2013; Peinado & Garcés de los Fayos, 1998). A pesar de que no hay criterios de inclusión y exclusión para los cuidadores formales e informales, algunos estudios (e.g. Said, Bordallo y García, 2008) afirman que algunas de las características de la mayoría de los cuidadores informales son: mujeres entre 57 y 67 años, estado civil casado, que mantienen una relación directa con el paciente (hija, esposa o nuera), trabajan en casa sin remuneración económica o bien con una actividad laboral activa pero con horarios flexibles.

En conclusión, los cuidadores que tienden a padecer comorbilidades tienen mayor probabilidad de contraer el síndrome metabólico (hipertensión, diabetes, obesidad y dislipidemia), por lo que los cuidadores al realizar un trabajo tan arduo y complicado tienden a enfermarse con mayor facilidad (Vitaliano et al., 2003).

PROPUESTA DE TALLER PARA CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Temario

Introducción

Presentación

Justificación

Objetivos

Temas

I. ¿Qué es la Enfermedad de Alzheimer?

II. Etapas de la Enfermedad de Alzheimer

III. ¿Qué es un cuidador?

IV. ¿Qué es la calidad de vida del cuidador informal del paciente con la
Enfermedad de Alzheimer?

V. Cuidador informal con el paciente con la Enfermedad de Alzheimer

Taller

Participantes

Escenario

Materiales

Cartas descriptivas

Alcances y limitaciones

Conclusiones

Anexos

Anexo I: Cuestionario de Zarit de sobrecarga para cuidadores

Anexo II: Cuestionario para la evaluación de calidad de vida: WHOQOL-

BREF

Anexo III: Técnica de Jacobson

Anexo IV: Salud bucal y sujeción del paciente con la Enfermedad de Alzheimer

Referencias

Presentación

El taller que se presenta se realizó pensando en la dificultad a la que se enfrentan los cuidadores informales de pacientes con la demencia tipo Alzheimer, ya que por la falta de conocimiento sobre la enfermedad experimentan una sobrecarga emocional, lo que los lleva a ofrecer, a sí mismos y al paciente, una inadecuada calidad de vida (depresión, sobrecarga emocional, falta de atención al paciente). Así, se quiere que al igual que el paciente, el cuidador informal tenga una adecuada calidad de vida (agradable y digna).

Justificación

El incremento de personas adultas mayores que padecen algún tipo de demencia es significativo y aunque existen diferentes programas para su atención, la mayoría de ellos se enfoca a la calidad de vida de los pacientes lo que deja de lado a los cuidadores, que son quienes otorgan el apoyo necesario durante todo el proceso.

La demencia tipo Alzheimer es una enfermedad progresiva e irreversible que causa una dependencia gradual por parte del paciente y que, en etapas finales de la enfermedad, llega a ser total. Debido a esto, el incremento en la carga de trabajo del cuidador informal, es cada vez mayor y en caso de que no se consiga apoyo de otros familiares o de las instituciones, se pone en riesgo la salud física, mental y emocional del cuidador.

El síndrome de la sobrecarga del cuidador informal con pacientes con la demencia tipo Alzheimer disminuye la calidad de vida tanto del paciente como del cuidador y se hace notorio cuando el cuidador comienza a experimentar estrés, cansancio, insomnio, desinterés personal, desinterés social y familiar. Asimismo, también se puede manifestar cuando hay un maltrato psicológico o físico hacia el paciente.

Este síndrome se puede desarrollar por la escasa información acerca de la enfermedad que tienen los cuidadores informales, por lo tanto, la creación de un manual que sensibilice a los asistentes sobre la importancia del autocuidado favorecerá la calidad de vida de éstos y de los pacientes a los que cuidan.

Objetivo general

El objetivo principal es psicoeducar a los cuidadores informales de pacientes con la demencia tipo Alzheimer para que ellos y los pacientes a los que cuidan tengan una mejor calidad de vida.

Objetivos específicos

- Prevenir y/o disminuir la sobrecarga de los cuidadores informales de pacientes con la demencia tipo Alzheimer.
- Mejorar la calidad de vida del cuidador informal para así mejorar el cuidado del paciente.
- Promover la integración de grupos de ayuda mutua.

PROPUESTA DE TALLER PARA CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES CON LA DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

¿Qué es la demencia tipo Alzheimer?

El Alzheimer es una enfermedad que afecta principalmente la memoria, lo que provoca que el paciente tenga un pensamiento alterado y se comporte de una manera diferente a la habitual (Alzheimer Association, 2018)

Etapas de la demencia tipo Alzheimer

El paciente con demencia tipo Alzheimer atraviesa por siete etapas (Alzheimer Association, 2018):

1. Aparentemente no hay problemas de memoria.
2. El paciente puede percibir que su memoria comienza a fallar debido que olvida la ubicación de ciertos objetos (e.g. cartera o llaves), sin embargo, en los exámenes clínicos aún no se observa ningún signo.
3. Los síntomas se hacen más notorios, los niveles de concentración disminuyen e incluso se dificulta del desempeño de algunas tareas.
4. El olvido de los sucesos recientes y de parte de su información personal es evidente y se manifiesta una dificultad en la planeación de actividades.
5. El paciente presenta desorientación temporal y espacial

6. Alteración en el recuerdo de información personal, incontinencia urinaria o fecal, alteración en el ciclo sueño-vigilia y dificultad en el traslado.
7. Dependencia total en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria

¿Qué es un cuidador?

Un cuidador informal es la persona que ayuda a una persona enferma sin tener un salario. Esta actividad requiere de gran cantidad de tiempo y esfuerzo físico, que puede durar años y que conlleva un compromiso afectivo y sin límites de tiempo de dedicación (Aparicio, Díaz, Cuéllar, Fernández, & De Tena, 2008; Lavresky, 2005).

¿Qué es la calidad de vida del cuidador informal del paciente con la demencia tipo Alzheimer?

La Real Academia Española define a la calidad de vida como: “El conjunto de condiciones que contribuyen a hacer la vida agradable, digna y valiosa”. En 2008, Livingston, Cooper, Woods, Milne y Katona afirmaron que la calidad de vida de las personas con padecimiento de demencia y las que no padecen ésta son consecuencia de las relaciones interpersonales.

Normalmente, los cuidadores informales tienen una sobrecarga por el cuidado de su familiar, lo que genera una disminución en la calidad de vida tanto del cuidador como del paciente. Ambos tienen derecho a una calidad de vida adecuada y para ello, el cuidador debe mantener una estabilidad emocional,

realizar las actividades que le gustan, mantener contacto con su círculo social y tener tiempo libre y de ocio sin compañía de su familiar enfermo.

Cuidador informal con el paciente con la demencia tipo Alzheimer

Al principio los cuidadores informales hacen todo lo posible para que sus familiares se encuentren en buenas condiciones, sin embargo, con el paso del tiempo esto les genera una sobrecarga emocional, física y psicológica por el trabajo tan complejo y arduo, ya que no es un trabajo con un horario establecido para el cuidador y las tareas se realizan día con día.

TALLER

Participantes

En el taller participarán entre 10 y 15 cuidadores bajo los siguientes criterios de inclusión: cuidadores informales de pacientes con diagnóstico de demencia tipo Alzheimer y que sepan leer y escribir.

El taller será impartido por un profesionalista de la salud, ya sea un psicólogo clínico o neuropsicólogo, que haya sido capacitado para poder impartir el taller y que haya trabajado previamente con pacientes con alguna demencia y/o con familiares con pacientes con algún tipo de demencia.

Escenario

Se pretende que cada una de las sesiones pueda impartirse en un salón grande el cual tenga el espacio suficiente para poder realizar las actividades, se deberá contar con la iluminación adecuada para poder proyectar videos, asimismo, se requerirán sillas y mesas por si los talleristas necesitan escribir.

Materiales

Proyector, laptop o computadora, hojas blancas y de colores, lápices, colores y plumones.

CARTAS
DESCRIPTIVAS

Número de sesión: 1

Tema: ¿Qué es el Alzheimer?

Objetivo general: Integrar a los cuidadores, establecer las reglas de las sesiones posteriores y explicar qué es el Alzheimer.

Duración total: 2 horas

Objetivo	Actividades	Procedimiento	Materiales
Presentar al instructor y establecer los lineamientos a seguir durante las sesiones para promover un clima favorable de respeto y calidez.	Presentación de la Psicóloga/o que impartirá el taller. Establecer reglas de procedimiento	La Psicóloga se presentará ante los participantes. El/la instructor/a explicará algunas de las reglas a seguir (respeto de turnos, vocabulario, escucha activa...) y mediante lluvia de ideas, se recopilarán las aportaciones de los participantes.	Rotafolio Marcadores
Identificar el nivel de sobrecarga de los participantes.	Aplicación del Cuestionario de sobrecarga de Zarit	Explicar a los participantes en qué consiste el Cuestionario de sobrecarga de Zarit, aplicar la prueba, calificarlo y entregar los resultados de manera individual.	Cuestionario de sobrecarga de Zarit
Favorecer la integración del grupo	Llenar los gafetes. Presentación de los participantes	Se formará un círculo y el primer participante mencionará: su nombre, el propósito por el que asiste al taller, sus expectativas y las actividades que le hacen sentir bien. Después, el participante arrojará la bola de estambre a otro integrante para indicar que es su turno, y así sucesivamente.	Gafetes Plumones Estambre
Conocer las características generales de la enfermedad.	Explicación del tema ¿Qué es el Alzheimer?	Se explicarán las características principales de este tipo de demencia a través de diapositivas y al final, se pedirá que algunos participantes realicen un resumen de los aspectos más relevantes.	Computadora Proyector
Objetivo	Actividades	Procedimiento	Materiales

<p>Identificar los signos y síntomas de la enfermedad de Alzheimer</p>	<p>Explicación del tema ¿Qué es el Alzheimer?</p>	<p>Se proyectarán dos videos, posteriormente, el grupo se dividirá en dos. El primer equipo tendrá que resumir los aspectos más importantes de la enfermedad (https://www.youtube.com/watch?v=G6EAvuu-SnM); mientras que el segundo, identificará la forma en la que se modifica la dinámica familiar de un paciente con Alzheimer (www.youtube.com/watch?v=v9Mjd6jM9lk)</p>	<p>Computadora Proyector Videos</p>
<p>Identificar las emociones de los participantes.</p>	<p>Expresar de manera gráfica y escrita las emociones o sentimientos actuales</p>	<p>Los participantes realizarán un dibujo de su persona, así como una lista de las emociones y sentimientos que actualmente experimentan, luego, los presentarán ante el grupo.</p> <p>Posteriormente, se identificarán las emociones y sentimientos más frecuentes entre los participantes, después, se formarán pequeños equipos y se dará la consigna de realizar un cuento a partir de ésta.</p>	<p>Hojas blancas Lápices Colores</p>
<p>Integrar la información de la primera sesión y dar contención en caso de ser necesario.</p>	<p>Lluvia de ideas</p>	<p>Realizar una sesión de preguntas y respuestas. Cierre de la sesión con una reflexión sobre la importancia de su próxima asistencia.</p>	

Número de sesión: 2

Tema: Enfermedad del Alzheimer

Objetivo general: Conocer las etapas de la demencia tipo Alzheimer, los cambios cerebrales y neuroquímicos así como sus síntomas.

Duración total: 2 horas

Objetivo	Actividades	Procedimiento	Materiales
Conocer los cambios cerebrales y neuroquímicos de la enfermedad	Se explicarán los cambios cerebrales y neuroquímicos producidos por la enfermedad	Primero, se mostrarán los cambios cerebrales y neuroquímicos que sufren los pacientes con este tipo de demencia a través de diapositivas. Después, los participantes identificarán en diferentes esquemas los cambios cerebrales así como su consecuencia clínica. Finalmente, se proyectará un video para reafirmar la información y aclarar dudas. https://www.youtube.com/watch?v=cuF2xwMcbCs	Computadora Proyector Esquemas de cerebros Video
Identificar los síntomas que presentan los pacientes con demencia tipo Alzheimer	Presentar las etapas por las que atraviesan los pacientes con demencia tipo Alzheimer así como los síntomas que experimentan en cada una de ellas	Exposición sobre las etapas de este tipo de demencia. Proyección de un video para facilitar la identificación de la sintomatología. https://www.youtube.com/watch?v=0kxGeuOn9F8	Computador a Diapositivas Video
El participante reconozca la etapa de la enfermedad en la que se encuentra su familiar	Formar grupos, enlistar los síntomas de las diferentes etapas y explicarlos ante el grupo.	Se realizarán grupos con respecto a la etapa de la enfermedad en la que se encuentran sus familiares. Cada grupo enlistará los síntomas y al final se llevará a cabo una exposición frente al grupo.	Rotafolios Marcadores
Objetivo	Actividades	Procedimiento	Materiales

<p>Los participantes puedan transmitir la información que han aprendido durante las sesiones.</p>	<p>Presentación piloto sobre la forma en la que podrían presentar la información adquirida.</p>	<p>Los participantes se pondrán de acuerdo para realizar una pequeña representación en donde muestren estrategias sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formas de comunicación asertiva - Estrategias para facilitar la comunicación con el paciente con Alzheimer - Estrategias para solicitar el apoyo de otros miembros de la familia. <p>Al final, se promoverá la retroalimentación grupal mediante una lluvia de ideas.</p>	<p>Rotafolios Marcadores</p>
<p>Integrar la información de la segunda sesión y dar contención en caso de ser necesario.</p>	<p>Lluvia de ideas</p>	<p>Realizar una sesión de preguntas y respuestas. Cierre de la sesión con una reflexión sobre la importancia de su próxima asistencia.</p>	

Número de sesión: 3

Tema: ¿Qué es un cuidador?

Objetivo general: Identificar la diferencia entre cuidador formal y cuidador informal

Duración total: 2 horas

Objetivo	Actividades	Procedimiento	Materiales
Reconocer qué es un cuidador así como los diferentes tipos que existen	Definir el término "cuidador" así como los distintos tipos de cuidadores.	A través de una presentación con diapositivas, se explicará de manera breve, el concepto de cuidador, así como las características de los diferentes tipos de cuidadores.	Computadora Proyector
Identificar el estado de ánimo y las necesidades emocionales de los asistentes. Dar contención en caso necesario	Formar grupos y discutir sobre las necesidades de cada participante (por ejemplo, dificultades a las que se enfrentan diariamente). Exposición de una situación por cada grupo Realización de sociodramas (Representación de la forma en que se ha vivido una situación seguida de una reflexión).	Se formarán grupos de 3-4 personas y se discutirá cuáles son las necesidades emocionales que cada uno enfrenta. Todos los participantes formarán un círculo y explicarán lo que cada equipo revisó. Después, se llevarán a cabo sociodramas por equipo y el resto del grupo tendrá que dar su opinión o generar una reflexión	Mesas Sillas
Realizar consejería breve	Se llevará a cabo una intervención personalizada de 2-3 minutos	Mientras el resto del grupo realiza una reflexión escrita de lo revisado en la actividad anterior, el expositor hablará con cada uno de los participantes con el objetivo de motivarlos a continuar en su rol como cuidador, pero de una manera sana para ellos.	Hojas
Objetivo	Actividades	Procedimiento	Materiales

<p>Conocer estrategias que faciliten el cuidado de los familiares</p>	<p>El expositor explicará algunos estrategias sobre cepillado de dientes, aseo y vestimenta, sujeción, movilidad y traslado.</p>	<p>Se mostrarán diapositivas con ejemplos y consejos sobre cómo ayudar al paciente a la sujeción, al traslado, cepillado de dientes, aseo y vestimenta.</p> <p>Interpretación ficticia de cómo se deben de llevar a cabo estas actividades por parte de los cuidadores, se les otorgará un díptico a los participantes con dicha información.</p> <p>Se recomendará que el cuidador acceda a manuales, videos o páginas oficiales en la que se dan cursos y recomendaciones para facilitar la vida del cuidador (e.g. http://www.issste.gob.mx/cursocuidadores2/)</p>	<p>Computadora Proyector Esquemas Díptico Artículos personales del paciente (cepillo de dientes y de cabello, suéter, calzado...)</p>
<p>Evitar el síndrome de sobrecarga del cuidador</p>	<p>Explicar el concepto de sobrecarga del cuidador</p> <p>Brindar consejos a los participantes para evitar esta sobrecarga</p>	<p>Dar a conocer el término sobrecarga del cuidador, explicar los síntomas que se observan, así como las consecuencias psicológicas, emocionales y físicas a corto, mediano y largo plazo.</p> <p>Se mostrarán diapositivas con imágenes explicando cómo los participantes podrán cuidarse ellos mismos y lograr tener una vida más plena.</p>	<p>Computadora Proyector</p>
<p>Integrar la información de la sesión y dar contención en caso de ser necesario.</p>	<p>Lluvia de ideas</p>	<p>Preguntas y respuestas de los temas abordados y sus sentimientos hasta el momento.</p>	

Número de sesión: 4

Tema: Calidad de vida del paciente con Alzheimer y su cuidador

Objetivo general: Sensibilizar a los participantes con respecto a la calidad de vida del paciente así como de la necesidad de que ellos también tengan una calidad de vida aceptable.

Duración total: 2 horas

Objetivo	Actividades	Procedimiento	Materiales
Conocer el cuestionario de evaluación de calidad de vida WHOQOL-BREF e identificar cómo se sienten actualmente	Aplicación del cuestionario de evaluación de calidad de vida: WHOQOL-BREF	Se les explicará cómo contestar el cuestionario de evaluación de calidad de vida WHOQOL-BREF, se calificará y se les darán los resultados.	Cuestionario de evaluación de calidad de vida de WHOQOL-BREF
Conocer en qué consiste la calidad de vida tanto para el paciente como para el cuidador	Explicación por parte del expositor sobre qué es la calidad de vida y qué elementos incluye	El expositor explicará a través de diapositivas qué es una buena calidad de vida y qué conlleva ésta.	Computadora Proyector
Sensibilizarse a los participantes ante la necesidad de mejorar tanto la calidad de vida como la de sus familiares	Analizar la interacción de cuidadores y pacientes para identificar cómo ésta puede afectar la calidad de vida de ambos.	El expositor mostrará algunos videos en los que se evaluó la calidad de vida tanto de los pacientes como de los cuidadores informales. https://www.youtube.com/watch?v=EGOMctZmutI https://www.youtube.com/watch?v=HQ0TyP886Bs https://www.youtube.com/watch?v=JuNivp4QnnE	Computadora Proyector Lápices Hojas
Expresar el aprendizaje adquirido y dar críticas constructivas hacia los demás participantes	Debate y sugerencias	Participantes y expositor formarán un círculo y realizarán un debate sobre los videos presentados previamente. Después, todos explicarán qué sugerencias darían a los cuidadores de los videos	Mesas Sillas
Objetivo	Actividades	Procedimiento	Materiales

<p>Conocer la importancia de aceptar la enfermedad y encontrar una motivación para seguir desempeñando su trabajo como cuidador informal</p>	<p>Explicar el concepto de autoestima y de sus componentes.</p> <p>Reflexionar sobre la importancia del tiempo libre así como de la aceptación de ayuda</p>	<p>Se mostrarán diapositivas y videos del tema de autoestima.</p> <p>Promover la reflexión, con base en testimonios escritos, videos o explicación de proyectos de vida, acerca de la importancia del tiempo libre y de la aceptación de ayuda.</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=vsjohNujjXU</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=-vsjcgCouH4</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=-H4Abz5Nozs</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=jBOgQz4Ca9o</p>	<p>Computadora Proyector</p>
<p>Conocer las técnicas de relajación y promover su realización para controlar los niveles de ansiedad.</p>	<p>Técnicas de relajación: respiración diafragmática y muscular progresiva</p>	<p>Se explicarán las técnicas de relajación, se realizará una demostración y se entregará un tríptico.</p>	<p>Trípticos Manta</p>
<p>Integrar la información de la sesión y dar contención en caso de ser necesario.</p>	<p>Lluvia de ideas</p>	<p>Realizar una sesión de preguntas y respuestas.</p>	

Número de sesión: 5

Tema: Simulación del cuidado de un paciente con Alzheimer y apoyo grupal entre cuidadores

Objetivo general: Demostrar el aprendizaje adquirido durante el taller

Duración total: 2 horas

Objetivo	Actividades	Procedimiento	Materiales
Conocer acerca de los grupos de ayuda mutua	Explicación sobre qué son los grupos de ayuda mutua	El expositor explicará qué son los grupos de ayuda mutua y se escucharán dudas sobre este tema. Se brindará información sobre algunos centros a los cuales se pueda acudir.	Tríptico Mesas Sillas
Manifestar sus emociones y conocer algunos consejos para cuidarse física y emocionalmente	Sociodramas y consejos sobre el manejo de algunas situaciones de cuidado físico y emocional	Se realizarán sociodramas y se darán consejos por parte del expositor acerca de cómo deben de llevar a cabo su cuidado físico y emocional. Se formarán parejas y a cada una se le darán 2-3 minutos para explicar frente al grupo la importancia de realizar algunas de las siguientes actividades, así como una explicación de cómo realizarán esto en su vida diaria: tener tiempo libre, mantenerse en contacto con sus demás familiares, asistir a grupos de ayuda, ejercicio, delegar responsabilidades, marcar límites, etc.	Mesas Sillas
Explicar el concepto proyecto de vida y colaborar en la formación o reestructuración de los proyectos de algunos participantes	Explicar qué son los proyectos de vida y reflexionar acerca de su proyecto actual	A través de diapositivas, se explicará el concepto de proyecto de vida y se mostrarán algunos ejemplos. Durante 5-10 minutos los participantes escribirán, de manera general, sus proyectos de vida, así como los aspectos que deben modificar para alcanzarlos. Mientras se realiza la actividad, el expositor se acercará a cada participante para apoyarlo en caso necesario.	Computador a Proyector Lápices Hojas
Objetivo	Actividades	Procedimiento	Materiales

<p>Explicar el concepto de autorrealización y fomentar en los participantes la búsqueda de un equilibrio entre sus responsabilidades para consigo mismo y con su familiar</p>	<p>Exposición de los proyectos de vida y reflexión</p>	<p>El expositor explicará el concepto de autorrealización.</p> <p>Después, se les pedirá a algunos participantes que expliquen su proyecto de vida y se buscará que realicen una reflexión que los lleve a encontrar un balance entre su autorrealización y la decisión de seguir cuidando a su familiar.</p>	<p>Proyector Computador a Sillas Mesas</p>
<p>Conocer el nivel de sobrecarga que experimentan los asistentes al cierre del taller.</p>	<p>Aplicación del Test Zarit</p>	<p>Aplicación y calificación del Test de Zarit Analizar de manera grupal si se generaron cambios</p>	<p>Test de Zarit</p>
<p>Terminar el taller</p>	<p>Cierre del taller</p>	<p>Agradecimiento por su asistencia al taller, responder dudas de los participantes, escuchar sugerencias e intercambiar papeletas de apoyo entre los participantes.</p>	<p>Papeleta con la palabra "Gracias"</p>

Alcances y limitaciones

- El taller se diseñó para que su aplicación se pueda realizar en cualquier institución, que sea dirigido a cuidadores informales en los que los requerimientos de escolaridad no sean un impedimento y con un mínimo costo para su implementación.
- La respiración diafragmática y la técnica de Jacobson son técnicas que se pueden desarrollar y aprender en un tiempo breve por lo que los participantes pueden tener resultados a corto plazo.
- Los participantes (cuidadores informales) trabajarán en un ambiente de emociones y situaciones que pasan sus pacientes día con día por lo cual podrán ser más empáticos con sus familiares.
- Los participantes se darán cuenta de todas las emociones negativas y positivas que tienen en diferentes momentos de su día a día por lo que podrán identificar si están sufriendo de sobrecarga y así, buscar un tratamiento oportuno y adecuado.
- Los participantes lograrán crear redes de apoyo durante el taller por lo que tendrán la oportunidad de comunicarse y brindarse contención entre ellos.
- Una de las limitaciones más importantes podría ser que los participantes decidan no concluir el taller y/o que asistan sólo a algunas sesiones, a pesar de la corta duración de éste.

CONCLUSIONES

A pesar de que la mayoría de la población conoce el proceso de la vida, no todos tienen la percepción que conforme vamos creciendo nuestro cuerpo se va deteriorando a nivel cognitivo, físico, emocional y psicológico, por lo que las enfermedades neurodegenerativas no están en nuestro vocabulario del día a día y cuando éstas llegan nos toman desapercibidos y con grandes miedos de cómo las afrontaremos si es que se trata de un familiar directo, ya que la escases de información nos puede aterrar si decidimos a aventurarnos a tomar la gran responsabilidad de convertirnos en el cuidador informal de nuestro paciente.

A pesar de que los cuidadores informales tengan la intención de ayudar a sus familiares, no siempre lo logran si es que no tienen una preparación anterior, ya que es un trabajo muy complejo y arduo, por lo que en muchas ocasiones los cuidadores adquieren el síndrome de sobrecarga del cuidador. Cuando esto ocurre, el cuidador descuida su vida personal, su trabajo, sus relaciones sociales y familiares, lo cual le genera estrés, problemas físicos y depresión. En ocasiones, es el cuidador quien enferma y muere primero que el paciente, o en casos menos graves, se enferma y dificulta tanto su cuidado como el del paciente.

De esta manera, un paciente con enfermedad de Alzheimer en la familia debe producir una adecuación en la vida no sólo del cuidador, sino en la de todos los integrantes de la familia y así, facilitar el tránsito a través de las etapas del cuidador: negación, búsqueda de la información, organización de los cuidados y adaptación efectiva.

Así, el objetivo principal de este trabajo fue generar un taller en el que se proporcione a los cuidadores informales las herramientas necesarias para evitar la sobrecarga del cuidador, no sólo al recibir la información que les permita comprender, de manera general, qué es la Enfermedad de Alzheimer, sino además, al ponerlos en contacto con sus emociones y ayudarlos a comprender que ser cuidador no significa renunciar a sus vidas.

De esta manera, la psicoeducación, la consejería breve, la formación de grupos de apoyo y el fortalecimiento de redes sociales y familiares pueden elevar la calidad de cuidado que se les otorga a los pacientes con enfermedad de Alzheimer así como evitar el colapso de los cuidadores informales que, debido al cambio demográfico, son cada vez más numerosos.

Bibliografía

Acton G. J y Kang J. 2001 Interventions to reduce the burden of caregiving for an adult with dementia: a meta-analysis. Res Nurs Health. 2001 Oct;24(5):349-60.

Aguirre, L. O. (2016). Por un envejecimiento sano activo, el envejecimiento no significa el final de una vida sino el comienzo de la sabiduría. *Mi revista Temas: órgano informativo científico cultural, político, cívico, militar de Colombia.*, 24.

Alvarado García, Alejandra María, & Salazar Maya, Ángela María. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.

Ávila-Funes, J.A. y García-Mayo, E.J. (2004). Beneficios de la práctica del ejercicio en los ancianos. *Gaceta Médica de México*, 140 (4): 431-436.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V-TR). 5 ed. Text revision. Washington, D. C.: APA; 2000

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). 4 ed. Text revision. Washington, D. C.: APA; 2015.

Aparicio, P., Díaz, J., Cuéllar, I., Castellanos, B., Fernández, M. & De Tena, A. (2008). Salud Física y Psicológica de las Personas Cuidadoras: Comparación entre Cuidadores Formales e Informales. Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO]. Universidad Complutense de Madrid

Artaso B, Goñi A, y Biurrún A (2003) Cuidadores informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadores familiares *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2003;38(4):212-218

Brigueiro, M. (2005). "Envejecimiento exitoso" y "tercera edad": Problemas y retos para la promoción de salud. *Investigación y Educación en Enfermería*, 23(1): 102-109.

Carbonell Baeza, A; Aparicio García-Luna, V. A. y Delgado-Fernández, M. Efectos del envejecimiento en las capacidades físicas: implicaciones en las recomendaciones de ejercicio físico en personas mayores. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, Volumen V, páginas: 1-18 ISSN: 1885-3137 número 17-octubre-2009

Castillo-Rubén A, De Luna-Castruita JÁ, López-García R, Pliego-Flores FM, Sánchez-Rubio U, Gallegos EG (2014) Perfil neuropsicológico del trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer, vascular y trastorno frontotemporal en población mexicana 15 (5), páginas: 259-266. México

CONAPO (2014). Dinámica demográfica 1990-2010 y proyecciones de población 2010-2030. Consejo Nacional de Población. México, D.F. Primera edición.

CONAPO (2011). Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México. Serie Documentos Técnicos. Consejo Nacional de Población. Primera edición. México, D.F.

Chrem P. & Amengual, (2015) Argentina Alzheimer's disease neuroimaging initiative (arg-ADNI): First year follow-up. *Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association* : 1552-5260

De Hoyos Alonso, Tapias Merino y García de Blas González, F. (2012). Demencia.

Actualización en Medicina de Familia, 8(9): 484-495.

Domingo Castillo, S. (2009). Envejecimiento exitoso. Revista Médica Clínica Las Condes, 20(2): 167-174.

Donoso, Archibaldo. (2003). La enfermedad de Alzheimer. Revista Chilena de Neuropsiquiatría, 41(Supl. 2), 13-22.

Estrada, Morales M. (2016) Taller de técnicas de afrontamiento para evitar el síndrome de Burnout dirigido al cuidador primario del paciente con demencia, Ciudad de México, México

García Lara JMA, Ávila Funes JA., (2015) 10 hábitos efectivos para la salud del adulto mayor: Tomo VI. Ciudad de México

Gázquez J.J., Pérez Fuentes, M.C., Molero M.M. y Mercader I (2015) Inteligencia emocional y calidad de vida del cuidador familiar de pacientes con demencia. Revista de comunicación y salud, Vol. 5 pp 1-15, 2015 ISSN:2174-5323. Almería

Gemma, T. V. (2015). Los principales temas de salud: Enfermedades neurodegenerativas. Actualización en medicina de familia, 374-383.

Gómez Montes JF. Valoración Integral de la Salud del Anciano, ED Manizales: Artes Gráficas Tizan; 2002.

González, G. C.A. (2010), Demografía del envejecimiento: Argumentos, problemas, temas no cubiertos y horizontes de Investigación. Gutiérrez R.LM. (1ª Edición) Envejecimiento Humano: Una visión transdisciplinaria (pp: 296-302). Ciudad de México, México

Guerra (2015). Vejez, envejecimiento y eugenesia en Colombia. Consideraciones históricas rev.latioam.bioet. / ISSN 1657-4702 / e-ISSN 2462-859X / Número 2 / Julio-Diciembre / pp. 140-161

Gutiérrez Robledo (2010). La geriatría en México, El Residente: V, 2-2010: 43-48

Gutiérrez-Robledo, L.M. y Arrieta-Cruz, I. (2015). Demencias en México: la necesidad de un Plan de Acción. Gaceta Médica de México 151: 667-73.

Gutiérrez-Robledo, L.M et al (2010). Envejecimiento Humano, Una Visión Transdisciplinaria. 1a edición, México 2010. ISBN 978-607-460-121-3. Secretaría de Salud

Hernández, Z. Cuidadores del adulto mayor residente en asilos *versión On-line* ISSN 1699-5988*versión impresa* ISSN 1132-1296.

INEGI (2017a). Estadísticas a propósito del día Internacional de las personas de edad. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. 28 de septiembre de 2017.

INMUJERES (2015). Situación de las personas adultas mayores en México. Instituto Nacional de las Mujeres. Dirección de Estadística. Febrero de 2015. www.inmujeres.gob.mx

Intrieri y Rapp, 1994. Self-Control Skillfulness and Caregiver Burden Among Help-Seeking Elders. *Journal of Gerontology*, Volume 49, Issue 1, 1 January 1994, Pages P19–P23.

Izal y Montorio, 1998. La escala de preocupaciones para personas mayores: utilidad para la evaluación de la ansiedad generalizada. Comunicación presentada en el V Congreso Nacional de Psicología Conductual, Vitoria.

Landinez-Parra, N. S; Contreras-Valencia, K. y Castro-Villamil A. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38 (4): 562-580

Lavresky, 2005. Stress and depression in informal family caregivers of patients with Alzheimer's disease. Volumen: I. DO:10.2217/1745509X.1.1.117

León, Díaz. Gc; (2017). Evaluación de los elementos clínicos y fisiopatológicos que apoyan el tratamiento farmacológico en la Enfermedad de Alzheimer. Páginas: 36, Machacala,

Leturia y Yanguas, 1999. Las personas mayores y el reto de la dependencia en el siglo XXI, San Sebastián: Diputación, IMERSO.

López Locanto, Óscar. (2015). Tratamiento farmacológico de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Archivos de Medicina Interna*, 37(2), 61-67

Medina González, Amanda, & Martín Pontejo, Elena. (2018). Efectividad de los programas psicoeducativos dirigidos a cuidadores principales de familiares con enfermedad de Alzheimer. *Gerokomos*, 29(1), 22-28.

Mendoza Núñez, V.M. y Martínez Maldonado, M.L. (2012). Modelo de envejecimiento activo para el desarrollo integral gerontológico. En Gutiérrez Robledo y Kershonovich Stalnikowitz (Coord.), *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción* (pp. 261-277). México. Recuperado de <http://envejecimiento.sociales.unam.mx/archivos/GERIATRIAenvysaludweb.pdf> Osorio

Morgado I., (2005) *Psicobiología del aprendizaje y la memoria: fundamentos y avances recientes*. REV NEUROL 2005; 40 (5): 289-297 Barcelona

Noriega Borge MJ, García Hernández M, Torres Egea MP. Proceso de envejecer: cambios físicos, cambios psíquicos, cambios sociales [tesis]. Comunidad Autónoma de Cantabria: Universidad de Cantabria; 2005.

Organización Mundial de la Salud (2017). Envejecimiento y ciclo de vida. Consultado el 25 de diciembre de 2017. Recuperado de <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>.

OMS, 2015. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud: WHO/FWC/ALC/15.01

Ordovas J. M. Nutrigenetics, plasma lipids, and cardiovascular risk. *J Am Diet Assoc*. 2006;106:1074- 81.

Ordovas J. M. Genetic interactions with diet influence the risk of cardiovascular disease. *Am J Clin Nutr*. 2006; 83:443-6.

Papalia D.; Wendklos S.; Duskin R. (2010) *Desarrollo humano*. México. McGrawHill

Pereira, A.C., Wu, W. & Small, S.A. (2007). Imaging-guided microarray: isolating molecular

profiles that dissociate Alzheimer's disease from normal aging. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1097: 225-238.

Pérez Perdomo, Marta, & Llibre Rodríguez, Juan de Jesús. (2010). Características sociodemográficas y nivel de sobrecarga de cuidadores de ancianos con Enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(3), 110-122

Peinado, Garcés de los Fayos, 1998. Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido *Anales de Psicología*, vol. 14, núm. 1, 1998, pp. 83-93 Universidad de Murcia Murcia, España

Pérez Perdomo, Marta, & Llibre Rodríguez, Juan de Jesús. (2010). Características sociodemográficas y nivel de sobrecarga de cuidadores de ancianos con Enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(3), 110-122.

Portellano, J. A. (2005). *Introducción a la Neuropsicología*. Madrid: McGrawHill.

Rani, A., Diwan, R.K., Rani, A., Pankaj, A.K., Verma, R.K. y Sehgal, G. (2016) Alzheimer's brain: gross and microscopic study. *J. Anat. Sciences*, 24 (1): 1-6

Redolar, R. y Carrasco, M.C. (1998) ¿Es la plasticidad cerebral un factor crítico en el tratamiento de las alteraciones cognitivas asociadas al envejecimiento? *Anales de Psicología*, 14(1), 45-53

Robledo, L. M. (enero-marzo de 1999). El proceso de envejecimiento: algunas implicaciones asistenciales y para la prevención. Obtenido de Redalyc.org: <http://www.redalyc.org/html/112/11201908/>

Romano, F. Nissen, M. Del Huerto, N. & Parquet, C. (2007) Enfermedad de Alzheimer *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 175: 9-12.

Roqué, L., Rubin, R., Brtolini, L.(2015) Deterioro cognitivo, Alzheimer y otras demencias (1ªEd). Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Sadock, B.J., Alcott Sadock, V., Ruiz, P. (2015) *Sinopsis de Psiquiatría (11ª Ed.)*. Madrid: Wolters Kubler

Said Ladera GM, Bordallo Huidobro JR, García Pascual JN. El cuidador como paciente. *FMC*. 2008;15(7):418-26.

Secretaría de Salud (2001). Programa de Acción: Atención al Envejecimiento. Primera Edición, México, D.F.

Secanilla E, Bonjoch M, Galindo M, Gros L. La atención al cuidador. Una visión interdisciplinaria. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education* (2011), Vol.1, No 3 (Págs. 105-118), Barcelona

Segura, A., Aguilar, J.M. y Lorenzo, J.J. (2011) Envejecimiento activo y psicología positiva de la vida. *INFAD Revista de Psicología*, 1(4): 127-132.

Torrell-Vallespín Gemma. Los principales problemas de salud. *Enfermedades neurodegenerativas*. *AMF* 2015;11(7):1450 | ISSN:1699-9029

Torres, I. R., & Herrera, J. A. (2011). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto

para el anciano, la familia, la sociedad. Revista Cubana de investigaciones biomédicas, 359.

Vitaliano, P. P., Zhang, J., & Scanlan, J. M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 946 –972.

WHOQOL Group (1993) Study Protocol for the World Health Organization Project to develop a Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL) *Qual Life Res*, 2: 153-159

Zarit, S.H. et al. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980; 20:649-655.

ANEXOS

Anexo 1

Test de sobrecarga de Zarit

Preguntas	0	1	2	3	4
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene tiempo suficiente para usted?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enojado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que estar cerca de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de la familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿Piensa que su familia ha empeorado debido a que tiene que cuidar a su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por tener que distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar con otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso de qué hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor de su familiar?					

22. Globalmente, ¿Qué grado “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?

--	--	--	--	--	--

Forma de calificación

FRECUENCIA	PUNTUACIÓN
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

Interpretación:

- Puntuación máxima de 88 puntos
- No existen normas ni puntos de corte establecidos; no obstante, suele considerarse indicativa de “no sobrecarga” una puntuación inferior a 46 y de “sobrecarga intensa” una puntuación superior a 56.

Anexo II

Cuestionario para la evaluación de calidad de vida: WHOQOL-BREF

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1.	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2.	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas						
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3.	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4.	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5.	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6.	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7.	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8.	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9.	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.						
		Nada	Un poco	Modera do	Bastante	Totalment e
10.	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11.	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12.	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13.	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5

1 4.	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1 5.	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuán satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas						
		Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1 6.	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
1 7.	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
1 8.	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
1 9.	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
2 0.	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
2 1.	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
2 2.	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
2 3.	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
2 4.	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
2 5.	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5
La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas?						
		Nunca	Raramente	Mediamente	Frecuentemente	Siempre
2 6.	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

ANEXO III

Técnica de Relajación de Jacobson

1. SE INICIARÁ CON LA POSICIÓN DE RELAJACIÓN:

El participante se sentará en una silla lo más cómodo posible, mantendrá la cabeza recta sobre los hombros, no la inclinará ni hacia atrás ni hacia adelante. Su espalda deberá tocar el respaldo de la silla, sus piernas se apoyarán en el suelo y no deben estar cruzadas y las manos estarán sobre los muslos.

2. TENSAR Y RELAJAR GRUPOS DE MÚSCULOS.

El participante tensará y relajará diferentes grupos musculares. Una vez que tense cada parte de su cuerpo, deberá notar este cambio y posteriormente, relajar durante 5 o 7 segundos.

- FRENTE: Arrugue su frente subiéndola hacia arriba.
- OJOS: Cierre los ojos apretándolos fuertemente.
- NARIZ: Arrugue su nariz.
- SONRISA: Haga que su cara y su boca adopten una sonrisa forzada.
- LENGUA: Coloque su lengua de forma que apriete fuertemente el cielo de su boca.
- MANDÍBULA: Apriete sus dientes.
- LABIOS: Arrugue sus labios fuertemente.

- CUELLO

- Inclina la cabeza hacia adelante hasta tocar el pecho con la barbilla.
- Inclina la cabeza hacia atrás.
- Inclina su cabeza hacia la derecha de forma que se dirija hacia su hombro.
- Inclina la cabeza hacia la izquierda de forma que se dirija al hombro.

- BRAZOS:

- Extienda su brazo derecho y póngalo tan rígido como pueda manteniendo el puño cerrado. Note la tensión y posteriormente relájelo. Baje el brazo hasta que de nuevo descanse sus músculos en la posición de relajación.
- Repita el mismo ejercicio con el brazo izquierdo.

- PIERNAS:

- Levante horizontalmente su pierna derecha arqueando el pie derecho hacia atrás en dirección a la rodilla. Note la tensión y posteriormente relájela después de 5 o 7 segundos. Baje despacio la pierna hasta que el pie derecho descanse sobre el suelo, relaje también la rodilla.
- Repita el mismo ejercicio con la pierna izquierda.

- ESPALDA:

- Inclina hacia delante su cuerpo en la silla.
- Eleve los brazos llevando los codos hacia atrás y hacia arriba hasta la espalda, arqueando la espalda hacia adelante. Note la tensión y posteriormente relájela después de 5 o 7 segundos.
- Relájese gradualmente llevando de nuevo el cuerpo hacia la silla buscando la posición original y vuelva a poner los brazos sobre los muslos en la posición de relajación.

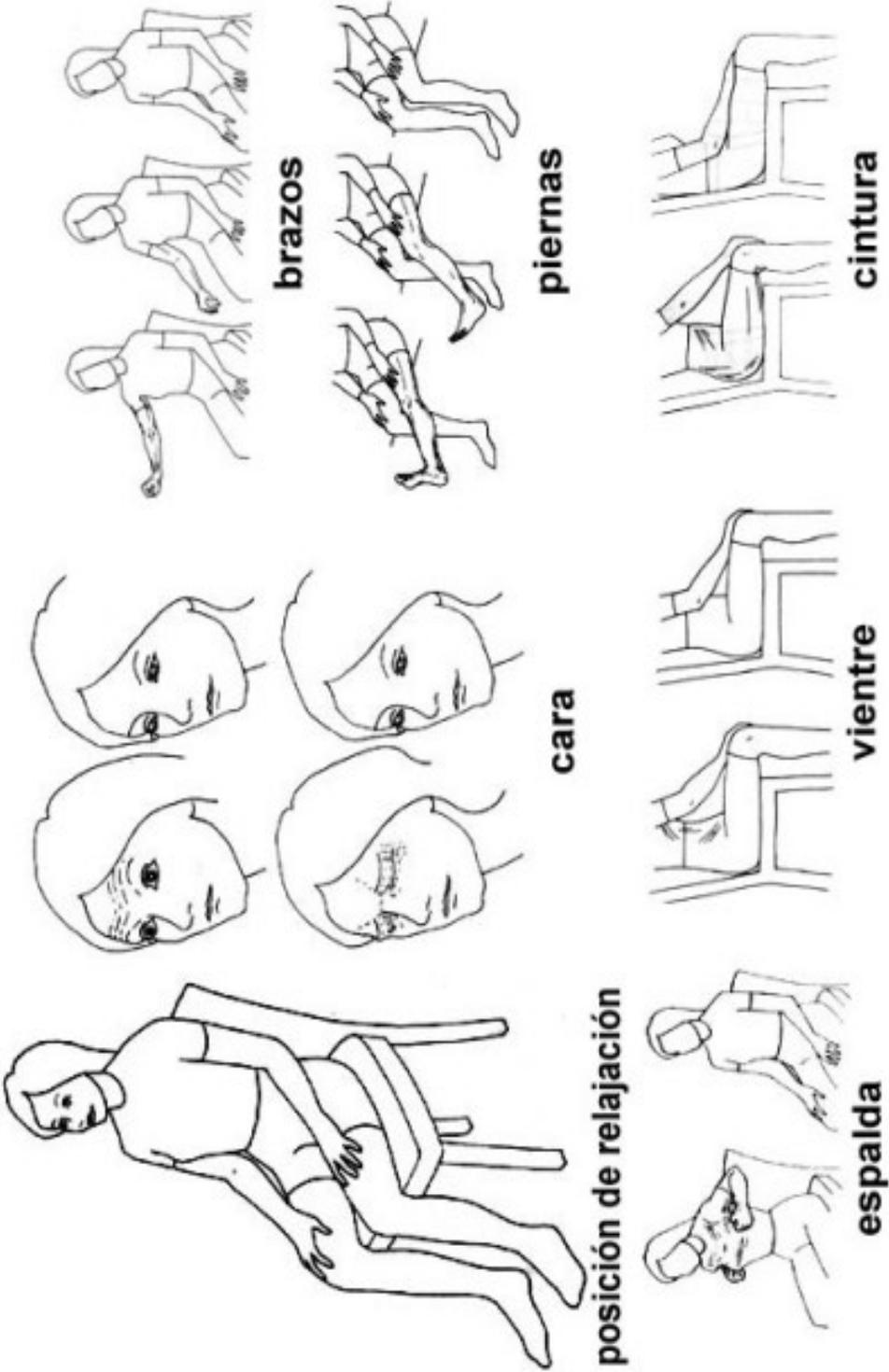
- TÓRAX: Tense y ponga rígido el pecho, intente constreñirlo como si quisiera reducir los pulmones. Note la tensión y relaje.

- ESTÓMAGO: Tense fuertemente los músculos de su estómago comprimiéndolos hasta que le ponga tan duro como una tabla. Note la tensión y después relaje.
- DEBAJO DE LA CINTURA: Tense todos los músculos que están debajo de la cintura, incluyendo las nalgas y los muslos. Debe sentir como si elevara la silla. Note la tensión y relaje.

3. EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN

Compruebe que se encuentra en la posición de relajación, cierre los ojos e intente relajar todo su cuerpo. Si nota que alguna parte está tensa, intente relajarla. Haga una profunda inspiración, manténganla y después expulse el aire lentamente; mientras está exhalando relaje todo su cuerpo, de la cabeza a los pies e imagine que ve cómo se relajan todos sus músculos. Respire de esta forma, una y otra vez por lo menos cinco ocasiones, pero en este caso cuando comience a exhalar pronuncie para sí mismo la palabra “R-E-L-A-X” lentamente, de forma que cuando llegue a la ‘X’ haya recorrido todo su cuerpo relajándolo completamente, desde la cabeza hasta los dedos de los pies. Repítalo cinco veces.

Técnica de Relajación de Jacobson



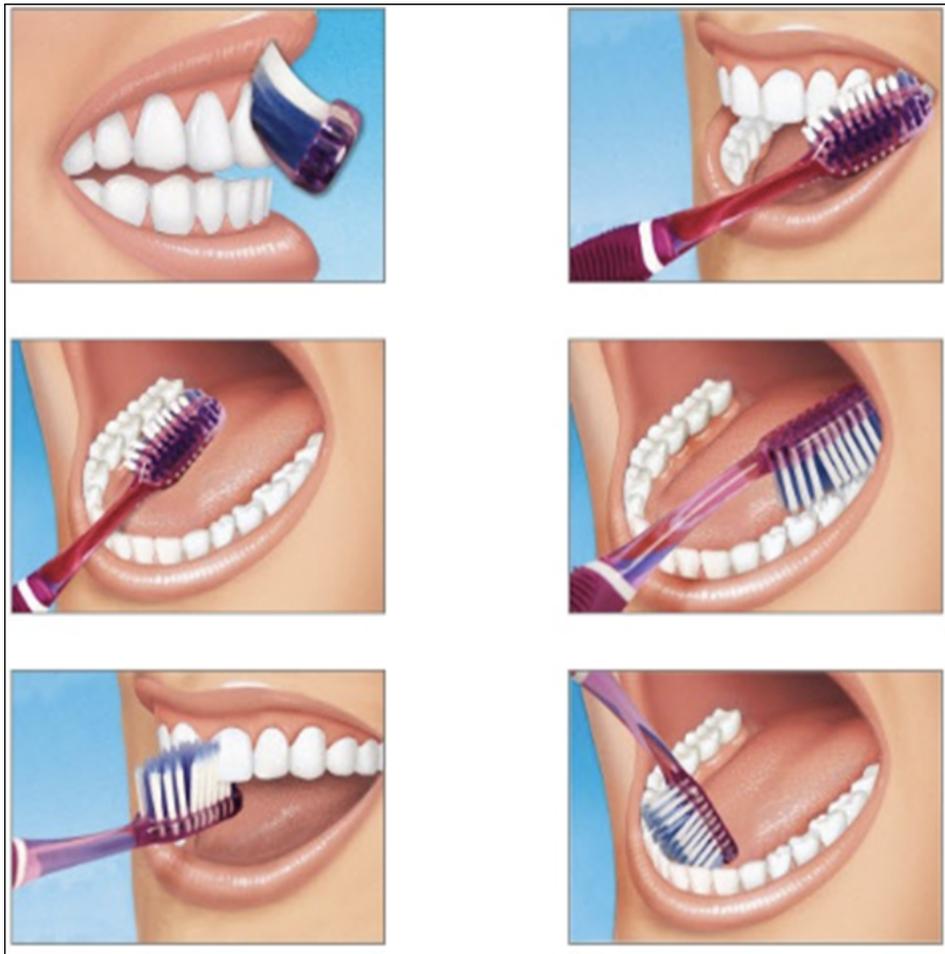
ANEXO IV

SALUD BUCAL

Cuidado bucal.

¿Cómo se cepillan los dientes?

Los dientes de arriba se cepillan hacia abajo y los dientes de abajo se cepillan hacia arriba. Las muelas de adentro hacia atrás y de atrás hacia adelante.



SUJECIÓN DEL PACIENTE

¿Qué es la sujeción física?

La limitación del paciente para movilizarse.

¿Qué es la sujeción química?

La utilización de fármacos que restringen la movilidad del paciente.

El uso excesivo de la sujeción tanto como química como física tiende a alterar al paciente y herirlo (que sufra yagas, atrofia muscular, incontinencia urinaria, ira depresión, miedo, ansiedad, insomnio, entre otras).



DECÁLOGO DE LOS CUIDADORES PRIMARIOS

HOSPITAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ

Como cuidador(a) yo tengo derecho a:

1. Dedicar tiempo a mí mismo (a) y a las actividades que me gustan sin sentir culpa
2. Expresar mis sentimientos, sin lastimar a otros
3. Sentirme triste, enojado (a) o cansado (o)
4. Preguntar sobre lo que no entiendo
5. Buscar soluciones que se adapten a mis necesidades y posibilidades
6. Ser tratado(a) con respeto
7. Pedir y recibir orientación y ayuda
8. Ser reconocido (a) como una persona valiosa e importante para mi familia y la comunidad
9. Decir NO cuando lo que se me pide es excesivo
10. Seguir con mi propia vida

“Cuidados paliativos GEA”