



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

*Caso clínico de un cuidador informal de un paciente con
alzheimer*

Alumno: ***María Dolores Pereira Martínez***

Tutor: Prof. Pedro L Pancorbo Hidalgo

Dpto: Enfermería

Resumen:

Introducción: La mejora en las condiciones de vida ha dado lugar al aumento de la esperanza de vida y con ello el incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas como el Alzheimer.

Objetivos: Aportar información sobre el cuidado informal en la enfermedad del Alzheimer. Se realiza un caso clínico de un cuidador de un paciente con Alzheimer. El cuidador presenta insomnio, pérdida de peso, depresión y ansiedad. Reflexionar sobre los síntomas del cuidador y compararlos con otros cuidadores informales en su situación.

Métodos: Se valora y realiza plan de cuidados al cuidador en las visitas correspondientes al paciente con Alzheimer.

Conclusiones: Teniendo como factor limitado el tiempo, se realiza el plan de cuidados del centro de salud. De acuerdo con las búsquedas bibliográficas que se realizan, los problemas que sufre nuestro cuidador son típicos en estas situaciones. Se proponen actividades alternativas que hubieran sido oportunas para optimizar la salud del cuidador informal.

Palabras clave: Cuidador informal/Anciano dependiente/ Paciente con Alzheimer /Repercusiones cuidado informal.

Abstract

Introduction: The improvement in life conditions has increased the life expectancy and this has favored chronic and degenerative diseases like Alzheimer.

Objectives: Provide information about informal care in Alzheimer. It is realized a clinic case of a caregiver of an Alzheimer's patient. The caregiver present insomnia, weight loss, depression and anxiety. Meditate about symptoms of caregiver and compare with other caregivers in this situation.

Methods: It is valued and it is realized a care plan to the caregiver in the corresponding views to the Alzheimer's patient.

Conclusions: Although the time is limited, it is realized the care plan in the clinic. In accordance with the literature searches that were realized, the problems of our caregiver are typical in this situation. They proposed alternative activities that could be appropriate to optimize the caregiver's health.

Key words: Caregiver/ Dependent Elderly/ Alzheimer's patient/Impact of informal care.

Índice

1. Introducción.

1.1. Marco histórico del cuidado.....	Pág.4.
1.2 Cambios en la estructura poblacional	Pág.5.
1.3. Clasificación de las limitaciones.....	Pág.7.
1.4. El Alzheimer.....	Pág.8.
1.4.1. Qué es el Alzheimer.....	Pág.8.
1.4.2. Epidemiología.....	Pág.8.
1.4.3. Tratamiento de las manifestaciones del Alzheimer.....	Pág.9.
1.5. El cuidado informal	Pág.9.
1.6. Sobrecarga del cuidador informal	Pág.11.
1.6.1 Efectos del alzheimer sobre el cuidador informal.....	Pág.11.
1.6.2. Síndrome del cuidador principal.	Pág.12.
2. Objetivos.....	Pág.14.
3. Metodología.....	Pág.14.
4. Exposición del Caso Clínico.....	Pág.16.
4.1. Descripción de contexto.....	Pág.16.
4.1.1 Cuidados que realiza el cuidador en un día común:.....	Pág.18.
4.2 Valoración de Enfermería según las necesidades de Virginia Henderson..	Pág 20.
4.3. Diagnósticos enfermeros identificados.....	Pág 24.
4.4. Plan de cuidados e intervenciones propuestas.....	Pág 25.
4.5. Evaluación o resultados conseguidos.....	Pág.35.
5. Discusión.....	Pág.42.

6. Bibliografía.....	Pág.51.
7. Anexos.....	Pág 53.

1. Introducción

1.1. Marco histórico del cuidado

Desde remotos orígenes, la palabra cuidado ha estado presente en nuestras generaciones ancestrales y desde que se tienen registros el cuidado ha sido un acto nato de una persona hacia otra, en el entorno de lo familiar o cercano, encaminado a cubrir necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales con el fin de promover la vida y luchar contra el dolor, el sufrimiento y la muerte. En un ámbito social e histórico, las tareas que forman la vida cotidiana se han ido distribuyendo por sexos en función de la naturaleza de tal actividad y en la época en la que nos situamos. No nos resulta tan extraño oír hoy día “tareas de hombres y tareas de mujeres”. ¹

La vida del ser humano al igual que todos los seres vivientes, pasan por una serie de etapas a lo largo de su vida, y el cuidado forma parte de ella. Momentos como son el nacimiento y el cuidado hacia el bebé, los posteriores cuidados hasta la pubertad, adolescencia... y un largo etcétera que finaliza en el cuidado a la edad envejecida, nuestros progenitores y nuestros mayores. ⁽¹⁾

Se puede decir que el ser humano alguna vez en su vida ejerce el papel en el que es dependiente de otro ser humano, y otras en las que éste tiene que proporcionar el cuidado a la persona que es dependiente; es decir, todos en algún momento de nuestras vidas recibimos en mayor o menor medida el cuidado informal, al igual que la mayoría de nosotros proporcionaremos también ese cuidado. ⁽²⁾

El Consejo de Europa ha definido la palabra dependencia como “el estado en el que se encuentra una persona que necesita la asistencia de otra para realizar determinadas actividades” ⁽³⁾

La Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia (EDAD), la define como “la situación de una persona con discapacidad que requiere ayuda de otra para realizar actividades de la vida diaria” ⁽⁴⁾.

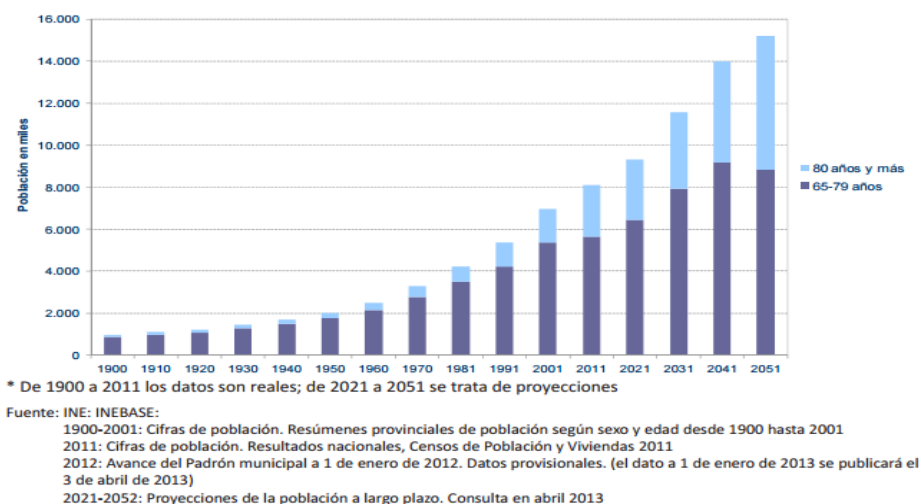
1.2. Cambios en la estructura poblacional

Los avances en el estilo de vida, salud de las personas y dieta adecuada están siendo cada vez más extendidos a nivel global, y es directamente proporcional a la longevidad

de la población. Hoy día, la sociedad en la que nos encontramos se encuentra en una etapa de envejecimiento, y por lo que recientes estudios prevén el país seguirá envejeciendo en los próximos años. La disminución de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida en nuestros ciudadanos han dado lugar a un cambio en la estructura demográfica de España, tanto es así que si nos vamos a los registros, los datos que en 1900 se muestran en España son de 967.754 personas iguales o con edad superior a 65 años frente a los más de 6.739.561 que se registraron en 1999. Tal y como diversos estudios demográficos lo prevén, en 2051 esta población ascenderá a más de 15 millones personas de edad igual o superior a 65 años, lo que supone un 36,5% del total.⁽⁵⁾

(Anexo 1).⁵

Gráfico 1.1.- Evolución de la población mayor, 1900-2051



Éste cambio en la población tendrá consecuencias en un futuro no tan lejano (algunas de las consecuencias ya las tenemos presentes) y se producirán cambios en la estructura de las familias, las necesidades sanitarias y la economía, ya que en algún momento las personas jubiladas en España superarán al número de trabajadores modificando el Estado de bienestar tal y como lo conocemos hoy día.⁽⁶⁾

Las consecuencias directas del aumento de la esperanza de vida, han sido, entre otras la erradicación de las enfermedades infecciosas y que éstas se sustituyeran por enfermedades de carácter crónico, ganándole así terreno a la muerte.⁽⁴⁾ Por ello es de fundamental importancia comprender que en muchas ocasiones éstas enfermedades causan limitaciones para el paciente.

1.3 Clasificación de las limitaciones:

Las limitaciones causan dificultades en el desempeño normal de las funciones básicas y de la vida diaria de la persona afectada y de quienes lo rodean, entre ellos el cuidador principal. También hacen más difícil la participación en actividades sociales y laborales en el interior de su familia y comunidad. ⁽⁷⁾

-Deficiencia: Anormalidad o pérdida de alguna función fisiológica, psicológica o anatómica. Éste concepto hace referencia a órganos del cuerpo. ⁽⁷⁾

-Discapacidad: Es la pérdida de la habilidad necesaria para realizar una actividad de una forma normal para personas con el mismo desarrollo y edad. Ésta se refiere a personas. ⁽⁸⁾

-Minusvalía: Es la limitación que tienen las personas con discapacidad al interactuar con miembros de la sociedad. Impide el correcto desarrollo de las funciones de una persona teniendo en cuenta sexo, factores socioculturales y la edad. ⁽⁷⁾

Cierto es que aunque el envejecimiento humano no debe ser considerado en sí una enfermedad y sinónimo de dependencia, el crecimiento de personas mayores con fragilidad física y mental es evidente, conduciendo esto a un mayor número de enfermedades crónicas que si no son controladas a tiempo pueden desembocar en la pérdida de la autonomía y de la capacidad funcional. ⁽⁹⁾ Esta pérdida de capacidad funcional tiene que ver con que el individuo encuentra en su día a día dificultades para realizar tareas básicas que para ellos puede suponer actividades complejas, lo que conlleva también a restricción en su papel social, necesitando por ello a alguien que supla o ayude en la realización de estas tareas básicas ⁽⁹⁾. Nace aquí la figura de cuidador, que en su término más amplio se puede decir que es la persona que presta cuidados a otra que generalmente precisa de estos cuidados, debido a una limitación física, psíquica (o ambas) con o sin remuneración alguna. ⁽⁹⁾

España abarcaba en 2008 según la EDAD (Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia) unos 3,85 millones de personas que tenían algún tipo de discapacidad suponiendo un 8 % del total de la población y pese a esto se ha puesto en evidencia recientemente la falta de protagonismo que tiene el cuidado formal en éstos casos como método de ayuda a las personas dependientes. Diversos estudios muestran que en el 80 % de las personas con discapacidad, la única fuente de

ayuda que reciben estas personas es el cuidado informal, con excepción de contadas ocasiones que cuentan con la colaboración del cuidado formal. Por tanto se puede decir así que el cuidado informal es un cuidado imprescindible en las familias españolas y un pilar fundamental que está extendiéndose debido al incremento en la esperanza de vida y a la difícil situación económica que se vive en muchos hogares, que no pueden permitirse remunerar el cuidado a otras personas. ⁽¹⁰⁾

1.4. El Alzheimer

1.4.1. Qué es el Alzheimer.

El Alzheimer es un tipo de demencia ⁽¹¹⁾ progresiva de carácter degenerativo (la más frecuente, suponiendo un 50%-75%), originando una alteración de las capacidades y funciones intelectuales. ⁽¹²⁾

Consiste en una disminución de la capacidad intelectual en comparación con el estado previo, con afectación global que implica cambios psicológicos y de comportamiento, que incapacita al enfermo que la sufre y sus síntomas se extienden en el tiempo. ⁽¹²⁾

Su sintomatología cursa normalmente con disminución de la memoria reciente o inmediata, cambios en el comportamiento y dificultades para encontrar las palabras adecuadas. ⁽¹²⁾

La enfermedad de Alzheimer no solamente involucra al enfermo que sufre un estado de ansiedad y estrés porque ve que su vida está cambiando, sino al entorno de familiares y cuidador. El estrés personal y emocional derivados del cuidado a un paciente con Alzheimer se incrementan y el cuidador puede experimentar culpa, vergüenza, soledad... ⁽¹¹⁾

1.4.2. Epidemiología

A nivel mundial, se calcula que entre 18 y 22.000.000 de personas están afectadas por esta enfermedad. Constituye la cuarta causa de muerte en los países industrializados. ⁽¹³⁾

En nuestro país hay unos 700.000 enfermos con esta enfermedad y según los cálculos para 2025 pueden llegar a ser 1200.000. Su incidencia es de 123 nuevos casos por cada 100.000 habitantes, y del 72 % en la población mayor de 75 años y su presencia a nivel global es del 10-15%. ⁽¹²⁾

Incidencia y prevalencia aumentan al incrementarse la edad y es más elevada en las mujeres.⁽¹²⁾

1.4.3. Tratamiento de las manifestaciones del Alzheimer.

Por la complejidad que suponen, las manifestaciones de conducta del paciente con Alzheimer deben de realizarse en función del grado de distrés y el riesgo de pacientes y cuidadores. Así si hay poco distrés lo único que convendría realizar sería re -aseguración del paciente y distracción a menudo. Si por el contrario, la vida de otras personas está en peligro por el comportamiento del enfermo con Alzheimer, se precisa de tratamiento farmacológico, que vendrá seguido de una correcta valoración y evaluación médica en función de la agitación, el insomnio, el grado de ansiedad, agresividad y confusión.⁽¹³⁾

El uso de Antipsicóticos es habitual en este tipo de pacientes (haloperidol, tioridazina, risperidona...) al igual que las benzodiacepinas, pero éstas poseen más efectos colaterales y menos probabilidad de beneficios que los Antipsicóticos⁽¹³⁾

1.5. El cuidado informal

La ideología que se ha mantenido a lo largo de los años en España es que hay que tratar la enfermedad en el contexto familiar (Úbeda y Roca, 2008), donde el conjunto de miembros son conscientes de la situación que se desencadena en la estructura de la familia y se ven obligados a cambiar así el rol de sus funciones.⁽¹⁰⁾

Cierto es que el reconocimiento de de derechos de la mujer, la independencia y la incorporación de esta al mundo laboral han dado un vuelco a la tradición de los cuidados poniendo así en declive el modelo tradicional familista en el cual la mujer la se dedicaba al cuidado en el seno del hogar a todos los miembros de la familia.⁽¹⁰⁾

En el término de cuidador informal han sido muchos los autores que han aportado su concepto a ésta definición, pero ante todo es de suma importancia reconocer que los cuidados informales son aquellos que llevan consigo una relación afectiva entre cuidador y persona que recibe los cuidados, no recibiendo remuneración económica por dichos cuidados.²

Según Benjumea, 2009, se puede decir que es la prestación de cuidados relativos a la salud por parte de la familia, amigos u otras personas del círculo social cercano a

personas en situación de dependencia y que en la realización de dicha actividad no reciben remuneración económica.⁽¹⁰⁾

La Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en el estado de dependencia (LAPAD) hace referencia al cuidado informal como “la dependencia en su domicilio, por personas de la familia “o de su entorno cercano, no vinculadas a la atención profesional.⁽¹⁰⁾

Al igual que las otras definiciones la del libro blanco de la dependencia, 2005, nos dice que es un cuidado prestado por personas cercanas y del entorno, matizando que éstas redes son de tamaño reducido y que no se muestra de manera esporádica, sino con una cierta permanencia o duración.⁽¹⁰⁾

A lo largo del tiempo el cuidado informal ha ido variando, y hoy día nos atrevemos a hacer una división del cuidado informal:

- **El cuidador informal tradicional:** persona encargada del cuidado porque ha convivido siempre con el enfermo. Entra aquí un cuidado que se hace por obligación moral y social a la vez que por lazos de afectividad creados a lo largo del tiempo.⁽¹⁴⁾
- **El cuidador principal de la sociedad moderna:** que es el rol que se asume porque las circunstancias así lo obligan, viene sin esperarlo. Por ejemplo, con la aparición de una enfermedad, la persona que se dedica al cuidado y que suele tener trabajo fuera del entorno del cuidado, acarrea consigo tensiones y estresantes adicionales.⁽¹⁴⁾

En las situaciones reales de dependencia de un familiar, de forma natural, una persona del entorno del enfermo es la que suele asumir los cuidados, asumir el rol de cuidador principal, lo cual desencadena una serie de cambios en la vida de la persona que influyen directamente en su día a día, estas pueden ser consecuencias positivas o negativas. En cuanto a los pensamientos positivos encontramos el hecho de cumplir con el deber, satisfacción, estar bien con la conciencia de uno mismo, reciprocidad. Al igual que se manifiestan conductas negativas, consecuencias directas casi siempre de la sobrecarga que supone el ser cuidador familiar, conflictos con los familiares del entorno, inseguridad... Es el hecho de sentirse involucrado en sentimientos de culpa, rabia, impotencia, cansancio, ansiedad etc. todos ellos sumados a lo que supone para la

estructura familiar el cuidado a otro paciente, los conflictos económicos y personales, pueden generar una sobrecarga en el cuidado.⁽⁹⁾

1.6. Sobrecarga del cuidador informal.

La prevalencia en España de personas que se dedican al cuidado de un familiar es del 4,61%, suponiendo más de 2 millones de personas que prestan su cuidado a otra con dependencia (INE, 2008) ⁽¹⁵⁾

La responsabilidad de cuidar, actualmente recae principalmente en la figura femenina, superando con creces la frecuencia y el tiempo dedicado a la persona que precisa los cuidados con respecto al hombre. Estudios revelan que ésta asume actividades de atención personal e instrumental con el enfermo, involucrándose en el acompañamiento, desempeñando las labores más rutinarias y difíciles del cuidado, lo cual requiere una mayor implicación y dedicación por parte del familiar. Es por ésta razón por la que en la mayoría de los casos el cuidado desborda los límites de la persona que cuida, dando lugar a la sobrecarga. ⁽¹⁰⁾

Según Dillehay y Sandys, 1990, se puede decir que la sobrecarga del cuidador es un “estado psicológico que resulta de la combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales, así como las demandas económicas que surgen al cuidar dicho enfermo” ⁽¹⁶⁾

Como instrumento para evaluar dicho grado de sobrecarga que presenta el cuidador, se utiliza el test de Zarit, el cual consta de 22 ítems que recogen información del cuidador con respecto a las sensaciones y satisfacción hacia el cuidado de otra persona, en los que la puntuación va desde 1(nunca) hasta 5 (casi siempre) ⁽¹⁷⁾

El perfil del cuidador informal, tiende a caracterizarse por ser principalmente mujer sin empleo, con un bajo nivel de estudios, que es responsable de las tareas domésticas, con vínculos afectivos directos de la persona que recibe el cuidado, y que suele convivir con éste ⁽¹⁰⁾ (García –Calvente et al. 2004; Vaquiro y Stiepovich 2010). ⁽¹⁰⁾

1.6.1 Efectos del alzheimer sobre el cuidador informal

Las repercusiones que afectan al cuidador pueden ser tanto físicas como psicológicas. Y es que el cuidador de un paciente con Alzheimer sufre un desgaste importante a causa

del incremento de la actividad y el grado de atención que debe darle al paciente. Ansiedad, estrés, depresión, y otras como el insomnio son las consecuencias más importantes del cuidado. Estas tres hacen que el cuidador informal disminuya la capacidad de confrontar y solventar los problemas, incrementando la sensación de carga y la percepción de gravedad de la situación. ⁽¹⁸⁾

Consecuencias de la enfermedad de alzheimer en el cuidador principal:

1. **Laborales:** Si la persona cuidadora trabaja, el cuidado hacia el paciente con Alzheimer puede repercutir directamente en su día a día laboral. ⁽¹³⁾
2. **Económicas:** La enfermedad lleva consigo un proceso de degeneración, el cual va incrementando los gastos; pañales, colchón antiescaras... ⁽¹⁴⁾
3. **Estrés y crisis:** en relación a la duración y el avance de la enfermedad, el incremento de los síntomas y la dificultad en los cuidados que se proporcionan al paciente. Así como la convivencia de la familia y su estructura. ⁽¹⁴⁾
4. **Reducción de la vida social y momentos de ocio.** El cuidado hacia el enfermo supone para el paciente no poder invertir ese tiempo en actividades que desarrollen su sociabilidad. De ahí el aumento de la carga subjetiva sintiéndose solo y distante de los suyos. ⁽¹⁴⁾

Las cargas objetivas del trabajo tienen que ver con el avance en la enfermedad, en la cual el paciente es cada vez más dependiente y hay que dedicarle más horas al cuidado. ⁽¹⁴⁾

La carga subjetiva del trabajo hace referencia a las percepciones negativas y cómo se siente el cuidador. Tienen que ver aquí factores tales como la enfermedad en sí, las labores asistenciales del día a día (movilización, encamado, alimentación...), la edad del cuidador, carácter del cuidador, cómo tolera el estrés... ⁽¹⁴⁾

1.6.2. Síndrome del cuidador principal

El trabajo del cuidador principal se caracteriza por ser duro, constante y con muchas dificultades que se alarga en un periodo de tiempo, es por ello que en la mayoría de los casos su salud se ve afectada física, psíquica y socialmente, lo que se conoce como síndrome de cuidador principal y que tiene las siguientes repercusiones. ⁽¹⁴⁾

1. **Físicas:** A las labores de la vida de cada persona hay que sumarle el tiempo dedicado al enfermo y el sobreesfuerzo que conlleva, originando alteraciones muscular esqueléticas, al igual que se dedica menos tiempo para el descanso. Este exceso de estrés ataca directamente al sistema inmunitario del cuidador, haciéndolo más susceptible a enfermedades de la piel, víricas y cardiovasculares.⁽¹⁴⁾
2. **Psicológicas:** El hecho de que el cuidado del cuidador hacia el enfermo no tenga recompensa ninguna (al ser el Alzheimer una enfermedad con deterioro progresivo), éste va entrando en la dinámica del desánimo y va perdiendo su propia identidad, lo que aumenta la carga subjetiva.⁽¹⁴⁾

Siendo los principales problemas desarrollados la depresión, el insomnio y la ansiedad a causa del estrés que sufre.

La falta de apoyo social, sentimientos de culpa (no hacer bien la labor, sentimientos de descontrol del enfermo...) pueden hacer que la situación derive hacia una depresión.⁽¹⁴⁾

La ansiedad por su parte es una señal que alerta ante una situación amenazante y genera una respuesta adaptativa, la cual si no se genera, ésta se convierte en patológica, pudiendo ejercer daños a nivel de salud, con síntomas cardiovasculares (mareos, palpitaciones...) del aparato digestivo...⁽¹³⁾

De la misma forma, ante la vivencia de una situación amenazante, el organismo utiliza el estrés como mecanismo de defensa, pero cuando ésta activación es bastante prolongada e intensa, se superan los márgenes de la autorregulación y se producen problemas relacionados con el éste.⁽¹⁹⁾

Todo ello puede unirse y hacerse crónico provocando insomnio, dolor osteomuscular e incapacidad para afrontar correctamente los problemas

3. **Socio- familiares:** El hecho de cuidar, hace que el cuidador se aleje de su ámbito social, de ocio y laboral por no disponibilidad de tiempo o falta de ganas. A ello se suman los conflictos familiares por discrepancias en la distribución de la tarea, decisiones, lo cual incrementa el sentimiento de soledad.⁽¹⁴⁾

2. OBJETIVOS.

El objetivo de este trabajo es estudiar la situación de un cuidador principal que a raíz de implicarse en la enfermedad de su padre, un paciente con Alzheimer, presenta alteraciones en su estado general de salud.

Obtener información sobre el cuidado informal y el Alzheimer y cómo influye este cuidado en los cuidadores.

Analizar las intervenciones que se han hecho y ver las que se han llevado a cabo con casos similares de cuidadores, y proponer otras nuevas en el caso de que se estime conveniente, como recomendación para casos similares.

Recopilar recomendaciones generales para cuidadores en su mismo caso para disminuir el estrés que puede ocasionar ésta tarea.

3. METODOLOGÍA.

Ha sido necesario el acceso a la historia clínica. Se obtiene mediante el acceso a través de Diraya en el Centro de Salud, comprobando, que correctamente coincide con el paciente que estamos valorando.

He necesitado acceder a tal programa mediante la supervisión del enfermero del Centro de Salud, mediante el ordenador para la correcta recogida de datos. El seguimiento se ha realizado durante las visitas oportunas que se han realizado durante mi estancia de prácticas en dicho centro.

Preciso de base teórica para tener información sobre el tema a través de una revisión bibliográfica, para la cual he precisado ordenador y soporte académico en papel.

- a) Con referencia a la búsqueda, he accedido a la búsqueda de información a través de las siguientes bases de datos:

Base de datos Utilizada.	Palabras clave.
Pubmed	Elder care and depression. Expectancy and increase. Life expectancy and increase and elderly people. Elderly

	people and caregivers. Causes and life expectancy and increase and elderly people.
Scielo	Cuidado informal. Sobrecarga del cuidado en hombres. Causas aumento esperanza de vida ancianos. Causas aumento esperanza de vida.
Google Academic	Relación entre la esperanza de vida y la genética. Cuando el cuidador es un varón. Tratamiento de enfermedades crónicas y aumento de esperanza de vida, índice de envejecimiento. Historia del cuidado. Trastornos mentales del cuidado informal. Trastornos mentales del cuidado informal. Cuidar a las generaciones. Cuidado al familiar enfermo a lo largo de la historia. El cuidado a los mayores a lo largo de la historia.
Ine	Causas de muerte entre los mayores de España. Cuidadores informales en España.
Csic	Índice de envejecimiento en España.
Cuiden.	Sobrecarga and estrés and depresión., cuidador informal, esperanza de vida España, esperanza de vida
Cochrane	Cuidador familiar, cuidados al cuidador familiar, guía de cuidados al cuidador de pacientes con Alzheimer

b) Soporte en papel: Búsqueda realizada en los apuntes de la asignatura de Discapacidad.

Para conseguir el caso clínico completo se precisó de los siguientes pasos para su realización:

-Visita al paciente cuidador informal cuando estaba en casa de su familiar realizando los cuidados.

-Anamnesis de la situación mediante visión in situ y entrevista personal con el paciente.

-Acceso a la historia clínica a través del sistema informático del centro de salud, al que pertenece el paciente a finales de diciembre.

-Realización de valoración una tarde en casa del padre del paciente para que nos describiera sus cuidados hacia el paciente con Alzheimer. Posteriores sesiones en las que íbamos a visitar al domicilio al anciano y a la vez se intentaba asesorar sobre los cuidados hacia el paciente encamado.

-Propuesta de diagnósticos de enfermería e intervenciones necesarias.

-Ejecución del plan.

-Seguimiento y evaluación del plan propuesto.

-Para conseguir información acerca de cuidadores de pacientes con Alzheimer y demás informaciones relevantes ha sido necesaria una búsqueda bibliográfica que recogiera aspectos relevantes tras la realización de la valoración.

4. EXPOSICIÓN DEL CASO CLÍNICO.

4.1. Descripción del contexto.

Nuestro objetivo de estudio es un varón de 47 años de edad, casado hace 24 años con Juana, su mujer con la que comparte dos hijos (hija de 19 años e hijo de 14), los cuales residen en el mismo domicilio. Tiene dos hermanos mayores, de 56 y 61 años respectivamente ambos con sus correspondientes familiar.

Él es cuidador actualmente de su padre y vive con su familia en una casa a unos 500 m. de distancia a la de los padres. Como dato adicional podríamos decir que la madre de Juana, Julia vive hace 10 años en la misma casa que nuestro paciente, debido a una fuerte depresión tras morir su marido, situación que condujo a que su hija se la llevara a convivir con ellos por razones éticas y de conciencia. Ante esta situación el marido no puso ningún inconveniente.

Características en cuanto al domicilio; tiene fácil acceso a las instalaciones necesarias (cerca del centro médico y al lado de un parque de ocio),

Esta familia se sustenta principalmente por labores agrícolas en los olivos, que supone el principal pilar de la economía de ésta. Principalmente la recolección la realizan entre

él y su mujer en la temporada fuerte, haciendo el resto de las labores agrícolas él solo. A parte de eso sólo reciben ayudas de subsidio por desempleo de unos 400 euros durante 6 meses al año. No reciben ayudas de ningún tipo por parte de los padres.

En cuanto a la familia de él está formada por sus padres ambos vivos en el momento de la valoración y los hermanos ambos de edades superiores a nuestro cuidador. Se trata de una familia humilde, que ha trabajado duro a lo largo del tiempo para conseguir sus bienes.

A los 14 años, nuestro cuidador nos cuenta se fue a estudiar a Córdoba, pero tras petición de la figura materna por la necesidad de trabajar en casa, se trasladó de nuevo a su casa.

Por lo que puedo observar, se le ve una familia poco comunicativa entre ellos, bastante seria y una actitud un poco astuta a la hora de hablar con ellos, lo que me hace pensar de las posibles rencillas y malentendidos que ha habido o siguen habiendo por parte de las diferentes partes.

La salud de los padres ha sido generalmente buena hasta hace poco, aunque los dos han presentado obesidad desde jóvenes en relación con una dieta rica en grasas y poco adecuada. A principios de 2013, el padre de nuestro paciente, un anciano de 86 años entró en un progresivo deterioro, con disminución de la memoria y sus actividades cotidianas se convirtieron en una tarea muy difícil para la pareja de ancianos, ya que ambos vivían en el mismo domicilio, y la mujer no sabía hasta qué punto el comportamiento de su marido era normal (ya que éste siempre había sido un tanto inquieto y sus noches eran un poco inquietas debido a dificultades en la conciliación del sueño). En un principio ella lo asoció con algo normal de la vejez, pero en cuestión de dos meses el anciano de 86 años entró en un cuadro de no conocer a penas a nadie, desvariar en los pensamientos y deteriorándose físicamente y mentalmente poco a poco perdiendo con ello la movilidad en general y la cordura en sus pensamientos. Una enfermedad degenerativa había hecho mella en su genética, dando un vuelco por completo a la calidad de vida de esta persona.

En un principio, era la mujer la que se encargaba de todas las labores de la casa como lo había estado haciendo hasta ahora, con un poco más de esfuerzo porque la situación del anciano iba en aumento. Una caída en el pasillo a altas horas de la madrugada fue el

detonante para que el hijo menor de la pareja decidiera dar una rápida y efectiva solución a tal situación.

Nuestro cuidador , (el menor de los hermanos) observó que los ancianos no podían seguir viviendo solos debido al peligro que suponía para ambos, con lo que decidió comunicarle a sus hermanos que tenían que hacerse cargo de sus padres debido al deterioro que su padre había sufrido.

Tal y como él esperaba, los hermanos no estaban muy dispuestos a cuidar al padre, ya que decían tener otras labores y que no le podían dedicar todo el día a su padre, ya que según ellos no estaba tan mal. Ellos le dijeron a él que no consideraban que estuviera tan mal, que él se prestara a dar el cuidado, que ellos solamente podrían ir por la noche.

A éstos no les quedó más remedio que aceptar el turnarse para dormir en la casa del anciano por si pasaba algo. Los turnos consistían en una noche por hermano, pero la hermana , dijo que tenía su trabajo y que solamente podría ir una noche a la semana, y el hermano iba solamente los turnos que a él le correspondían, teniendo que hacer nuestro paciente su trabajo y el de su hermana.

Tras la esperada respuesta por parte de sus hermanos, nuestro paciente, decidió abalanzarse y no quedarse solamente en ir a dormir a casa del anciano sino a iniciarse en un camino dirigido a cuidar a su padre en su propio domicilio por varias razones. En primer lugar creyó que el lugar era el más apropiado para el enfermo al no extrañar vivienda, pensó que su mujer y sus hijos estarían mejor así que llevándose a la pareja de ancianos a casa de él (ya que la relación entre ambas familias no es muy estrecha y pensó que era la mejor forma de evitar conflictos). Además contaba con el plus de que la suegra vivía en el mismo domicilio, por lo cual decidió cuidar al anciano en su propia casa para evitar problemas por muchas partes). Por otro lado según cuenta nuestro cuidador “no podía quedarme con el cargo de conciencia de no cuidar a mi padre en su enfermedad”

Para valorar el nivel de dependencia del anciano se realiza el test de Barthel, creado por Mahoney y Barthel y el cual se comenzó a utilizar en 1955, nos da información sobre el grado de independencia con respecto a la capacidad de realización de las actividades básicas de la vida diaria (AVD) ⁽²⁰⁾

4.1.1 Cuidados que realiza el cuidador en un día común:

El cuidado que recibe el paciente por su hijo Blas (su cuidador) en un día normal es el siguiente.

Por la mañana a las 7 de la mañana y antes de irse a trabajar al campo, va a casa del anciano y realiza cuidados de higiene, lavando por partes al paciente en la cama, en el siguiente orden; zona genital, cuidando el estado de la sonda vesical, pliegues de la piel; ingles, detrás de la rodilla, pies, brazos y axilas, tronco y por último la cara, secando bien la piel y echándole crema (pautada) alrededor de las zonas enrojecidas. Posteriormente realiza cambio de ropa de cama y vestimenta del paciente.

Tras el lavado procede a darle de comer los batidos pautados por el médico y la gelatina, después administra medicación pautada y prepara la toma para el medio día.

El paciente va a comprar a la tienda cosas necesarias para su madre, porque no se puede desplazar, y muchos días va a la farmacia por si es necesaria algún tipo de medicación.

El paciente se va a realizar sus tareas y al medio día sobre las 12 y media o 1 vuelve otra vez al domicilio del enfermo. Revisa si tiene el pañal sucio, y si lo está lo cambia, le da la medicación y aproximadamente dice que tarda una hora en darle de comer porque apenas puede ya abrir la boca el paciente y no come a penas nada. A las 2 y media o así vuelve a su casa a comer. Este a las 4 y media tiene que volver a trabajar, y a media tarde vuelve a casa de su padre para ver cómo va y si necesita algo. A las 8 de la tarde vuelve a ir para darle de cenar de nuevo su comida, la medicación, vuelve a mirar el pañal. Todo ello va acompañado del constante grito en el que vive el enfermo, que no es consciente ni de lo que hace ni de dónde está. Como plus adicional, el paciente se queda a dormir 4 días en el domicilio del paciente con alzheimer (ya que se han distribuido las noches entre los hermanos para quitarle tarea a la madre) en un sillón al lado del anciano. Comenta que hay noches que el anciano se las pasa gritando (aunque está tratado con medicación para dormir) y le es imposible dormir nada.

Tras eso vuelve a repetir la misma tarea de todos los días, la cual lleva transcurriendo 8 meses.

El paciente comenta que llega a su casa todas las noches a partir de las 11 y media, y que no tiene tiempo para estar ni con su mujer ni con sus hijos, ya que refiere que algunos días ni los ve.

El hecho de pasar casi todo el día con su padre y fuera de casa dice que está haciendo mella en su relación matrimonial y en la relación con sus hijos, ya que dice no poder controlar la situación y “estar amargado todo el día” llevando esto consigo a malas formas en la relación con sus hijos y esposa. Comenta que su vida está siendo un infierno, ya que los problemas le vienen por todos lados y no sabe cómo enfrentarse a ellos, no tiene tiempo para nada, y siente que la vida no tiene sentido.

El anciano presenta un Barthel de dependencia grave, en la cual el paciente necesita ser atendido para casi todo, come con ayuda y cosas trituradas, ya apenas puede levantarse para ir al baño, no continente. La tarea para el cuidador durante la noche es más que nada de sujeción y de evitar que el paciente se levante y se tire de la cama, evitar reacciones violentas por parte de éste en situaciones normales. El anciano dormía aproximadamente 2 horas por la noche presentando comportamientos violentos y gritos a altas horas de la madrugada. Por ello el cuidador cuenta que apenas puede dormir nada y que no sabe como tiene fuerzas para ir a trabajar. Comenta que el anciano duerme durante el día

Antecedentes personales del cuidador:

-Pinzamiento cervical.

Tratamiento Habitual:

Tiene prescrito ibuprofeno, paracetamol y metamizol en su historia clínica.

Exploración física:

T.A	140/90 mm/hg.	Peso	60 kg.
F.C	87 lpm.	Altura	1,75 m.
Tª	34,6°C.	IMC	19,59

4.2. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL CUIDADOR SEGÚN LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.

- **Necesidad de Respirar.**

El paciente no presenta dificultad para respirar. No fumador. No ruidos respiratorios. Comenta ser alérgico al olivo y gramíneas y prescinde de un inhalador en los estadios más fuertes de polen.

- **Necesidad de alimentarse e hidratarse adecuadamente.**

Informa que últimamente ha perdido el apetito y “no tiene esas ganas de comer como hace unos dos o tres años”. Refiere hacer 3 comidas al día presentando poco apetito en todas ellas. Su mujer es la encargada de cocinar. Cocina sin sal y sin grasas ya que hace un año tomaba antihipertensivos y teme que le vuelva a subir la tensión arterial.

<i>Comidas en un día normal.</i>	
Desayuno:	Leche y pan con aceite
Comida:	Un plato de comida sin apenas pan y algo de fruta
Cena:	Un poco queso, o pavo y algo de fruta

En relación a la ingesta de líquidos dice beber un litro o litro y medio aproximadamente. Se lleva la botella de agua al campo y bebe cuando se acuerda.

- **Necesidad de Eliminar por todas las vías corporales.**

Paciente totalmente independiente para sus necesidades excretoras. No tiene escapes de orina. Refiere orinar muchas veces al día y bastante cantidad.

No incontinencia fecal. Heces de aspecto pastoso. Refiere no tener muchas dificultades a la hora de defecar. No usa laxantes.

No sudor.

- **Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas.**

Paciente totalmente independiente para moverse, deambular y desplazarse. No requiere de ninguna ayuda.

Paciente que trabaja en el campo, por lo que su día a día se basa en moverse de un lado a otro en terrenos no afables, teniendo así bastante movilidad.

En cuanto a las posturas que mantiene dice que no son las más adecuadas y refiere darse cuenta de ello porque le duele muchísimo la espalda.

Dice que va perdiendo día a día las fuerzas y que no sabe cómo hace todo lo que hace, porque coger a su padre para hacer cambios posturales, higiene correcta del anciano, darle de comer... acaba con sus fuerzas.

Tiene limitada la amplitud de algunos movimientos groseros, refiere dolor de espalda.

- **Necesidad de dormir y descansar.**

Comenta que nunca ha sido un hombre de mucho dormir, pero que a raíz de hacerse cargo de su padre y sus cuidados, duerme mucho menos y la calidad del sueño es peor. Refiere haber estado periodos de 20 días sin poder pegar ojo.

Suele acostarse a las 12 de la noche, ya que a su casa llega bastante tarde tras dejar preparado a su padre. Le cuesta bastante dormirse. Refiere dormir unas 2 o 3 horas y levantarse a las 5 de la mañana.

El sueño no le es reparador, de hecho muchas mañanas refiere levantarse temblando y con el corazón muy agitado. Dice que no sabe de dónde saca la energía para sacar a delante todo.

Refiere echarse una siesta de media hora después de comer porque se encuentra abatido de no haber dormido nada la noche anterior.

- **Necesidad de escoger ropa adecuada; vestirse y desvestirse.**

Nuestro cuidador va vestido con ropa típica del campo una camisa suelta y unos pantalones anchos, zapatos adecuados.

- **Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.**

Tª: 34.6°C

- **Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.**

Paciente totalmente autónomo completamente para su higiene. Ésta es adecuada. Piel íntegra.

- **Necesidad de evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas.**

No alergias conocidas. Vacunado este año contra la gripe.

Nivel de conciencia consciente. Paciente que a veces está distante, pensando en otra cosa. Dice que en ciertos momentos se siente mareado, debido a la carga que lleva

Nivel de orientación: Orientado.

Refiere tener dolor de huesos intermitente, sobre todo en la espalda, y se lo achaca principalmente al ritmo de vida que lleva últimamente. Las labores del campo y los cuidados hacia su padre que dice “están acabando conmigo”.

Medicación para el dolor dice que prefiere no tomar, ya que dice que los medicamentos le pueden dañar el hígado.

No déficit visual ni auditivo.

- **Necesidad de comunicarse con los demás, expresando emociones, necesidades, opiniones y temores.**

Paciente que cursó hasta bachillerato. Utiliza un lenguaje aceptable y bastante entendible. Parece que no quiere hablar mucho sobre su situación actual y como él se siente, intenta desviar la conversación.

No quiere para nada darse méritos de que el cuidado lo está realizando principalmente él.

Dice que quiere que su conciencia se quede tranquila y va a estar ahí con su padre hasta la última. Refiere que su padre no se ha portado bien con él a lo largo de la vida, pero que no quiere que le quede” ese pesar”

Dice que ahora lo más importante es eso y debe dedicarse a eso antes que a cualquier cosa.

Comenta tener problemas familiares en su casa, ya que no pasa nada de tiempo con sus hijos y su mujer, y está perdiendo relación con ellos.

- **Necesidad de vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias**

El hombre se resigna a su situación actual y expresa un temor por saber qué será de su padre y si va a poder sobrellevar esa situación. Teme sobre todo por si los cuidados que le está dando a su padre no son los más adecuados.

Religioso

- **Necesidad de ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de relación personal.**

El cuidador se dedica básicamente al cuidado de su padre y al trabajo. No posee vida social

- **Necesidad de participar en actividades recreativas.**

No tiene tiempo de ocio. Su vida se basa en el cuidado del campo, y el cuidado de su padre. Dice que solo para en su casa media hora para comer al medio día.

- **Necesidad de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo y a utilizar recursos disponibles.**

Nivel de escolarización: Nivel de cultura: bachillerato.

Tiene falta de información acerca de los cuidados de su padre y le preocupa mucho que la úlcera que tiene en el sacro, acabe con él. No sabe manejar la situación de deterioro de su padre y se estresa

4.3. Diagnósticos enfermeros identificados.

- **D.E:00095- Insomnio** r/c ansiedad, deterioro del patrón normal, (responsabilidades como hijo) y estrés (patrón sueño meditado) m/p el paciente informa de cambios de humor, dificultad para permanecer dormido y de una disminución de su calidad de vida. ⁽²¹⁾

- **D.E: 00002-Desequilibrio nutricional por defecto** r/c factores psicológicos m/p aversión a comer, información errónea, palidez de conjuntivas y mucosa y mal tono muscular. ⁽²¹⁾
- **D.E: 00097 Déficit de actividades recreativas** r/c entorno desprovisto de actividades recreativas, falta de iniciativa para involucrarse en actividades de ocio, m/ p la persona manifiesta estar siempre envuelta en la misma rutina, no tener ganas de nada. ⁽²¹⁾
- **D.E: 00146 -Ansiedad** r/c Cambio en el rol, estrés, m/ p anorexia, aumento de la TA, desconcierto, inquietud, insomnio, irritabilidad, nerviosismo, temblores, trastornos del sueño. ⁽²¹⁾
- **D.E: 00061- Cansancio en el desempeño del rol del cuidador** r/c falta de tiempo m/p no participación en la vida social, falta de tiempo en las necesidades personales ⁽²¹⁾

4.4. Plan de cuidados e intervenciones propuestas.

Los diagnósticos que se encuentran en el cuidador informal son los siguientes. Los objetivos y las intervenciones son las que se han marcado por defecto en el centro de salud. Sin embargo, cuando vamos a casa del paciente con Alzheimer, se presta más atención al enfermo que al cuidador informal. Los resultados se valoran con la Escala de Likert, con un valor actual en el momento de la entrevista y el valor que se propone como objetivo a alcanzar.

D.E: 00061 Cansancio en el desempeño del rol del cuidador r/c falta de tiempo m/p no participación en la vida social, falta de tiempo en las necesidades personales ⁽²¹⁾

Resultados (NOC)

2507- Salud física del cuidador principal

<i>Indicadores</i>	<i>Escala de Likert</i> <i>Valor actual/ Valor propuesto</i>	
250701 Salud física del cuidador principal.	2	4

Intervenciones (NIC)

0180- Manejo de la energía.

Actividades.

- Identificar las preferencias de actividades.
- No realizar actividades relacionadas con los cuidados durante el descanso.
- Facilitar actividades calmantes y relajantes.

0200- Fomento del ejercicio.

Actividades.

- Ayudar a hacer un plan de ejercicios de acuerdo con sus necesidades.
- Facilitar la realización de ejercicios en su rutina semanal.

D.E:00095 Insomnio r/c ansiedad, deterioro del patrón normal, (responsabilidades como hijo) y estrés (patrón sueño mediatibundo) m/p el paciente informa de cambios de humor, dificultad para permanecer dormido y de una disminución de su calidad de vida.

Resultados (NOC)

0004-Sueño.

<i>Indicadores</i>	<i>Escala de Likert Valor actual/ Valor propuesto</i>	
-000401-Horas de sueño (como mínimo 5h/24h)	1	4
-000404- Calidad del sueño.	2	4

Intervenciones (NIC)

1850- Mejorar el sueño.

Actividades.

- Ayudar a evitar las situaciones que le estresan antes de acostarse.
- Comentarle la importancia de un sueño adecuado (el estrés psicosocial etc.)
- Crear una rutina a la hora de acostarse que facilite la transición del estado de vigilia al estado de sueño.

5820-Disminución de la ansiedad.

Actividades

- Animar la expresión de sentimientos, percepciones y miedos.
- Escucha activa.
- comprender la perspectiva del paciente sobre la situación que le estresa.

Resultados (NOC)

2002-Bienestar personal.

<i>Indicadores</i>	<i>Escala de Likert Valor actual/ Valor propuesto</i>	
<i>-200201</i> -Satisfacción con las actividades de la vida diaria.	1	4
<i>-200203</i> -Satisfacción con la interacción social.	2	4
<i>-200210</i> -Satisfacción con la capacidad para expresar emociones.	1	4

Intervenciones (NIC)

5230-Aumentar el afrontamiento.

Actividades

- Incentivar a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Animar para desarrollar relaciones, fomentando la integridad familiar.
- Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento
- Colaborar con el paciente para identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones y a manejar su estilo de vida o su papel necesario en ella.
- Colaborar con el paciente para encontrar respuestas positivas de los demás.

5270-Apoyo emocional

Actividades

- Colaborar con el paciente para identificar sentimientos como la ansiedad, ira o tristeza.

- Ayudar al paciente a expresar los sentimientos.
- Favorecer la conversación (o el llanto) para disminuir la respuesta emocional.

D.E: 00002-Desequilibrio nutricional por defecto r/c factores psicológicos
m/p aversión a comer, información errónea, palidez de conjuntivas y mucosa y mal tono muscular.

Resultados (NOC)

1004-Estado nutricional.

<i>Indicadores</i>	<i>Escala de Likert Valor actual/ Valor propuesto</i>	
<i>100401</i> -Ingestión de nutrientes	3	5
<i>100403</i> -Energía.	3	5

Intervenciones (NIC)

1030-Manejo de los trastornos de la alimentación.

<i>Actividades</i>
-Motivar al paciente a desarrollar la autoestima compatible con un peso corporal sano.
-Limitar la actividad física, si procede, para fomentar la ganancia de peso.

5246-Asesoramiento nutricional.

<i>Actividades</i>
-Determinar actitudes y creencias de los seres queridos acerca de la comida, el comer y el cambio nutricional necesario del paciente.
-Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos alimenticios básicos.
-Identificar las conductas alimentarias que se quieren cambiar.
-Revisar con el paciente la medición de ingesta y eliminación de líquidos, valores de hemoglobina, lecturas de presión sanguínea o ganancias y pérdidas de peso, si procede.

-Motivar por los esfuerzos realizados para alcanzar los objetivos.

Resultados (NOC)

1006-Peso: masa corporal.

<i>Indicadores</i>	<i>Escala de Likert</i> <i>Valor actual/ Valor propuesto</i>	
<i>100601</i> -Peso	3	5

Intervenciones (NIC)

1260-Manejo del peso.

<i>Actividades</i>
-Ayudar en la ingesta de comidas equilibradas, proporcionales al nivel de gasto energético.
-Determinar la motivación del paciente para cambiar los hábitos en la alimentación.
-Comentar los riesgos asociados que puede tener el bajo peso.
-Tratar con el paciente los hábitos, costumbres y cultura que influyen su peso.

1120-Terapia nutricional.

<i>Actividades.</i>
- Crear una atmósfera agradable y relajante.
-Explicar al paciente la dieta recomendada.
-Fomentar la ingesta de alimentos y líquidos que contengan potasio.
-Remitir al paciente para la enseñanza y planificación de la dieta, si es necesario.

Resultados (NOC)

1014-Apetito.

<i>Indicadores</i>	<i>Escala de Likert</i> <i>Valor actual/ Valor propuesto</i>	
<i>101401</i> -Deseo de comer.	3	5

101408-Ingesta de líquidos.	3	5
-----------------------------	---	---

Intervenciones (NIC)

6480 –Manejo ambiental.

<i>Actividades</i>

-Controlar ruidos indeseables o excesivos, en la medida de lo posible.

-Creación de ambiente de seguridad para el paciente.

1240-Ayuda para ganar peso.

<i>Actividades.</i>

-Analizar las posibles causas de la bajada peso corporal.

-Motivar a aumentar la ingesta de calorías.

.Fomentar la ingesta de calorías.

D.E: 00097 Déficit de actividades recreativas r/c entorno desprovisto de actividades recreativas, falta de iniciativa para involucrarse en actividades de ocio, m/ p la persona manifiesta estar siempre envuelta en la misma rutina, no tener ganas de nada.

Resultados (NOC)

1209-Motivación

<i>Indicadores</i>	<i>Escala de Likert</i> <i>Valor actual/ Valor propuesto</i>	
120901-Planes para el futuro	1	4
120907-Manitiene una autoestima positiva	1	4
120909-Demuestra flexibilidad	3	5
120904-Obtiene el apoyo necesario	2	5

Intervenciones (NIC)

5400-Potenciación de la autoestima

<i>Actividades.</i>

-Animar al paciente a valorar sus virtudes

- Contribuir a identificar las respuestas positivas de los demás.
- Animar a que analice las percepciones negativas que posee de sí mismo.
- Crear un ambiente que aumente la autoestima.
- Observar los niveles de autoestima, si procede.

5100-Potenciación de la socialización

<i>Actividades.</i>

- Animar al paciente a desarrollar relaciones.
- Facilitar la planificación de actividades del futuro por parte del paciente.
- Fomentar compartir problemas con los demás y realizar actividades sociales.
- Responder de forma positiva cuando el paciente se relacione con los demás.

Resultados (NOC)

1503-Implicación social

<i>Indicadores</i>	<i>Escala de Likert Valor actual/ Valor propuesto</i>	
<i>150301</i> - Interacción con amigos íntimos.	3	5
<i>150303</i> -Interacción con miembros de la familia.	2	5
<i>150311</i> -Participación en actividades de ocio.	1	4

Intervenciones (NIC)

5100-Potenciación de la socialización (expuesta anteriormente)

5320-Humor

<i>Actividades</i>

- Potenciar la risa.

Resultados (NOC)

1604-Participación en actividades de ocio

<i>Indicadores</i>	<i>Escala de Likert Valor actual/ Valor propuesto</i>	
<i>160404</i> -Refiere relajación con las actividades de ocio.	1	4
<i>160413</i> -Disfruta de actividades de ocio.	1	4

160402-Expresión de satisfacción con las actividades de ocio.	2	4
---	---	---

Intervenciones (NIC)

4310-Terapia de actividad.

Actividades

- Asesorar a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales.
- Explicar el papel de los beneficios de la actividad física, social, espiritual y cognitiva para mantener la funcionalidad y la salud.
- Observar la respuesta emocional, física, social y espiritual a la actividad.

5100-Potenciación de la socialización. (Ya expuesta anteriormente)

Resultados (NOC)

2601-Clima social de la familia

Indicadores	Escala de Likert Valor actual/ Valor propuesto	
-260105-Participa en actividades recreativas, acontecimientos sociales.	2	4
-260109-Se apoyan unos a otros.	2	4
-260111-Estimula a los miembros de la familia a ser independientes.	1	3
-260115-Discute aspectos importantes para la familia.	1	3
-260120-Comparte problemas con otros.	1	4

Intervenciones (NIC)

7150-Terapia familiar

Actividades

- Colaborar con los miembros de la familia y clarificar qué necesitan y esperan unos de otros.

- Animar a solucionar los conflictos.
- Determinar los roles del paciente dentro del sistema familiar.
- Fomentar la reestructuración de los subsistemas familiares, si está indicado
- Planificar las estrategias de conclusión y evaluación.

7100-Estimulación de la integridad familiar

<i>Actividades</i>

-Hablar sobre la realización de los cuidados que han de prestarse el paciente por parte de cada miembro de la familia, si es necesario.

-Ayudar a mantener relaciones positivas y facilitar la armonía dentro de ésta.

D.E: 00146 Ansiedad r/c Cambio en el rol, estrés, m/ p anorexia, aumento de la TA, desconcierto, inquietud, insomnio, irritabilidad, nerviosismo, temblores, trastornos del sueño.

Resultados (NOC)

1211-Nivel de ansiedad

<i>Indicadores</i>	<i>Escala de Likert</i> <i>Valor actual/ Valor propuesto</i>	
<i>121101</i> -Desasosiego	2	4
<i>121105</i> -Inquietud	2	4
<i>121110</i> -Explosiones de ira	1	4
<i>121114</i> -Dificultades para resolver problemas	2	5

Intervenciones (NIC)

5820-Disminución de la ansiedad

<i>Actividades</i>

-Fomentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

-Ayudar al paciente a realizar una visión realista del futuro que se aproxima.

-Fomentar las actividades recreativas para la reducción de tensiones.

5230-Aumentar el afrontamiento

<i>Actividades</i>

- Alentar a la familia a comunicar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.
- Animar a que el paciente retome relaciones.
- Conocer el riesgo del paciente para hacerse daño.

Resultados (NOC)

1302-Afrontamiento de problemas

<i>Indicadores</i>	<i>Escala de Likert</i> <i>Valor actual/ Valor propuesto</i>	
<i>130204</i> -Refiere disminución de estrés.	2	4
<i>130210</i> -Adopta conductas para reducir el estrés	2	4
<i>130218</i> -Refiere aumento del bienestar psicológico.	2	5

Intervenciones (NIC)

5270-Apoyo emocional

<i>Actividades</i>
-Hablar sobre la experiencia emocional con el paciente.
-Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
-Ayudar en la toma de decisiones.

5240-Asesoramiento

<i>Actividades</i>
-Colaborar con el paciente para que identifique sus puntos fuertes y así reforzarlos.
-Utilizar la simpatía, calidez y autenticidad.
-Ver cómo afecta al paciente el comportamiento de la familia.
-Favorecer la expresión de los sentimientos.
-Reforzar otras habilidades nuevas.

Resultados (NOC)

1402-Autocontrol de la ansiedad

<i>Indicadores</i>	<i>Escala de Likert</i> <i>Valor actual/ Valor propuesto</i>	
<i>140202</i> -Elimina precursores de la ansiedad	1	4

140205-Planea estrategias para superar situaciones estresantes	2	4
140212-Conserva las relaciones sociales	3	4
140214-Refiere dormir de forma adecuada.	2	4

Intervenciones (NIC)

4920-Escucha activa

<i>Actividades</i>

- Eliminar prejuicios, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones.
- Identificar temas más importantes.
- Mostrar interés en el paciente.
- Comprender el mensaje y verificarlo.

0200-Fomento del ejercicio

<i>Actividades</i>

- Identificar un modelo positivo para el mantenimiento del programa de ejercicios.
- Informar acerca de los beneficios físicos y psicológicos del ejercicio.

4.5. Evaluación o resultados conseguidos

Con las intervenciones seleccionadas vamos a analizar lo que en realidad se hizo a lo largo de las visitas y lo que se consiguió. En las tablas se muestra en esta ocasión el valor alcanzado tomando como referencia la escala de Likert.

2507- Salud física del cuidador principal

<i>Indicadores</i>	<i>Escala de Likert</i> <i>Valor actual/ Valor alcanzado</i>	
250701 Salud física del cuidador principal.	2	3

El cuidado ha sufrido un gran deterioro a consecuencia de desempeñar el rol de cuidador, y sufre malestar general y graves dolores de espalda. Se le recomendó que intentara reconciliar el sueño, ya que así mejoraría su salud en general. El paciente al final de la evaluación refiere poca mejoría.

-0004-Sueño.

<i>Indicadores</i>	<i>Escala de Likert</i>	
	<i>Valor actual/ Valor alcanzado</i>	
<i>000401</i> -Horas de sueño (como mínimo 5h/24h)	1	3
<i>000404</i> - Calidad del sueño	2	2

Como procedería, al paciente se le asesoraría para que antes de dormir evitara pensar en aquello que le estresara, para así intentar conciliar un poco el sueño, el cual es fundamental para una salud correcta. Sin embargo, se le presta poca atención a los problemas que puede estar causando el insomnio, y se le recomiendan que vaya al médico para que le recete alguna medicación para dormir. El paciente manifiesta en un periodo de 4 semanas que sigue durmiendo lo mismo, que no puede conciliar el sueño y que tampoco ha ido al médico porque no tiene tiempo.

Al principio el paciente decía dormir 2 o 3 horas, al final del prácticum decía dormir más o menos lo mismo.

2002-Bienestar personal

<i>Indicadores.</i>	<i>Escala de Likert</i>	
	<i>Valor actual/ Valor alcanzado</i>	
<i>-200201</i> -Satisfacción con las actividades de la vida diaria.	1	3
<i>-200203</i> -Satisfacción con la interacción social.	2	4
<i>-200210</i> -Satisfacción con la capacidad para expresar emociones	1	3

Se le pasa test de cribado de la ansiedad y escala de Goldberg (Anexo 4), y obtenemos resultados positivos para la ansiedad y la depresión.

Para aumentar el afrontamiento se le informa al paciente de la necesidad de implicar al resto de la familia para no cargarse de responsabilidad él solo, también se le incita a expresar sus sentimientos en todo momento y se le habla sobre la importancia de establecer relaciones sociales y el beneficio que esto supone para su salud mental; salir a la calle a pasear, hablar con la gente, establecer relaciones estrechas con su familia....

En un periodo de 4 semanas el paciente dice intentar relacionarse más con la gente, pero aún así no disfruta del todo con esta interacción, ya que piensa todo el día en la enfermedad de su padre.

D.E: Desequilibrio nutricional por defecto

1004-Estado nutricional

<i>Indicadores</i>	<i>Escala de Likert Valor actual/ Valor alcanzado</i>	
<i>100401</i> -Ingestión de nutrientes	3	4
<i>100403</i> -Energía.	3	4

En un principio, el paciente parecía estar obsesionado con la comida sana y nos hizo comentarios de que estaba “gordo” cuando obviamente no lo estaba, ya que el IMC para nada decía eso. También decía que no comía a penas carne ni pescado y el pan lo consumía solamente en el desayuno. Claro está que teniendo un IMC de 19,5 y estando al borde del bajo peso, el paciente no estaba en lo correcto, por lo que se vio necesario comentarle hábitos saludables en nutrición y la necesidad de ingerir todo tipo de nutrientes; hidratos de carbono, proteínas, grasas, minerales, vegetales y agua en su correcta medida con el objetivo de alcanzar una dieta equilibrada.

Por tanto, se le explicó que estaba al borde del bajo peso y que el IMC ideal sería un 22, y se le dijo que era necesario que comiera más cantidad de comida y mayor ingesta de nutrientes para así conseguir un mayor rendimiento energético. Se le proporciona guía de nutrición a cerca de los nutrientes necesarios en la dieta. (Anexo 2) . También se le informó que para un tipo de vida tan activo y con tanto gasto energético, la ingesta de nutrientes debería de estar en proporción, para así prevenir desgastes energéticos y posibles deficiencias

1006-Peso: masa corporal.

<i>Indicadores</i>	<i>Escala de Likert Valor actual/ Valor alcanzado</i>	
<i>100601</i> -Peso	3	3

El paciente nos dice que hace dos años pesaba 8 kg más y que últimamente ha ido perdiendo peso.

Se le indica acerca de la importancia de comidas bien equilibradas, dividiendo la ingesta de un día en 5 comidas. Se le explica que la ingesta de nutrientes ha de ser proporcional al gasto energético y a las necesidades fisiológicas de cada persona. Por tanto se le recomienda ingerir más nutrientes para prevenir estar por debajo del peso y las consecuencias de déficit que puede acarrear dichos hábitos. Con el aumento de los nutrientes necesarios incentivamos un incremento en el nivel de energía del cuidador a lo largo del día.

1014-Apetito.

<i>Indicadores</i>	<i>Escala de Likert Valor actual/ Valor alcanzado</i>	
<i>101401</i> -Deseo de comer.	3	3
<i>101408</i> -Ingesta de líquidos.	3	4

Se le enseña a aumentar la ingesta de calorías sobre todo en las primeras fases del día para afrontar con energía las actividades que se le presenten. Se le informa de la importancia de un buen desayuno, completo y de distribuir las comidas a lo largo del día por lo menos en cinco golpes.

En cuanto a la ingesta de líquidos se le habla de la importancia de estar bien hidratado durante todo el día, bebiendo como mínimo 1,5- 2 litros de agua para prevenir síntomas de cansancio y deshidratación. Le recomendamos que durante las horas que trabaja lleve consigo una botella de agua para beber frecuentemente.

D.E: 00097 Déficit de actividades recreativas

1209-Motivación

<i>Indicadores</i>	<i>Escala de Likert Valor actual/ Valor alcanzado</i>	
120901-Planes para el futuro	1	3
120907-Manitiene una autoestima positiva	1	3
120909-Demuestra flexibilidad	3	5
120904-Obtiene el apoyo necesario	2	4

Al cuidador, el primer día que voy a casa del anciano y cuando ya creo alguna confianza con él le pregunto a cerca de sus planes de futuro, a lo cual me responde “yo no tengo futuro, todo es muy negro para mí”. Para nada mantiene una autoestima positiva, ya que le saca el lado negativo a todo.

Le animo diciéndole que es muy joven y que tiene un mundo por delante, y que sería bueno que se marcara retos y ambiciones de futuro para poder motivarse día a día, sacándole a todo algo positivo. Le recomiendo que pida apoyo a su familia. Se le pasa el test de función familiar. (Anexo 3)⁽²²⁾

Resultados de los test: 4; **Disfuncionalidad moderada.**

En otras sesiones posteriores se habla con el paciente de la importancia de relacionarse con la gente, desconectar de la misma rutina y de compartir emociones.

1503-Implicación social

<i>Indicadores</i>	<i>Escala de Likert Valor actual/ Valor alcanzado</i>	
150301- Interacción con amigos íntimos.	3	4
150303-Interacción con miembros de la familia.	2	4
150311-Participación en actividades de ocio.	1	3

Se le asesora al paciente para que retome relación con sus amigos, ya que dice que no los ve porque no tiene tiempo para nada. Se le plantea la posibilidad de que dedique todos los días un poco tiempo a eso y que hable con sus hermanos para que lo releven. También se le dice que retome la buena relación con su familia, y que tiene que ayudar un poco a abrirse en emociones y expresar con ellos lo que siente para que le puedan ayudar.

A través de la información que nos da dice que sus actividades de ocio eran ir de senderismo y visitar nuevos sitios. Por tanto se le informa que vendría bien que desconectara del cuidado hacia su padre y que se “obligue” a tener ratos de ocio entre semana.

1604-Participación en actividades de ocio.

<i>Indicadores</i>	<i>Escala de Likert Valor actual/ Valor alcanzado</i>	
160404-Refiere relajación con las actividades de ocio.	1	3

160413-Disfruta de actividades de ocio.	1	3
160402-Expresión de satisfacción con las actividades de ocio.	2	4

Al principio dice que no puede sacar tiempo de ningún lado para actividades de ocio, pero le hacemos entender que es necesario, para su salud, ya que de no ser así enfermará. Le cuesta mucho disfrutar de estas actividades pero poco a poco va entendiendo que el ocio es beneficio directo para él.

Posteriormente el paciente manifiesta verbalmente que se siente bien realizando actividad al aire libre, pero que nunca acaba de desconectar.

El paciente durante mi estancia dice que todavía no consigue implicar a toda la familia en el cuidado, pero comenta disfrutar algo más de sus momentos de ocio.

D.E: 00146 Ansiedad

1211-Nivel de ansiedad

<i>Indicadores</i>	<i>Escala de Likert Valor actual/ Valor alcanzado</i>	
121101-Desasosiego	2	3
121105-Inquietud	2	3
121110-Explosiones de ira	1	3
121114-Dificultades para resolver problemas	2	3

Se le anima al paciente a que salga y que se implique en relaciones sociales.

El paciente verbaliza en un periodo de 4 semanas que tiene más o menos el mismo desasosiego y que la inquietud es la misma, ya que su padre ve que no mejora y nada se arregla.

La ira dice que la controlado un poco y que intenta no pagar sus problemas con su mujer y sus hijos, pero que se encuentra muy alterado por momentos.

1302-Afrontamiento de problemas

<i>Indicadores</i>	<i>Escala de Likert Valor actual/ Valor alcanzado</i>	
130204-Refiere disminución de estrés.	2	3
130210-Adopta conductas para reducir el estrés	2	3
130218-Refiere aumento del bienestar psicológico.	2	3

Solamente se verbaliza al paciente que tiene que intentar ver la manera para afrontar los problemas.

El paciente refiere en estas cuatro semanas que el salir a andar le despeja un poco de lo que es la rutina. En cuanto al bienestar psicológico ha variado poco, dice que se encuentra mejor, pero no hay una variación evidente, que los problemas los sigue viendo igual.

2601-Clima social de la familia

<i>Indicadores</i>	<i>Escala de Likert Valor actual/ Valor alcanzado</i>	
-260105-Participa en actividades recreativas, acontecimientos sociales.	2	3
-260109-Se apoyan unos a otros.	2	2
-260111-Estimula a los miembros de la familia a ser independientes.	1	2
-260115-Discute aspectos importantes para la familia.	1	2
-260120-Comparte problemas con otros.	1	2

El paciente no se implica lo suficiente en las actividades sociales

1402-Autocontrol de la ansiedad

<i>Indicadores</i>	<i>Escala de Likert Valor actual/ Valor alcanzado</i>	
140202-Elimina precursores de la ansiedad	1	3
140205-Planea estrategias para superar situaciones estresantes	2	3
140212-Conserva las relaciones sociales	3	4

El paciente no consigue eliminar precursores de la ansiedad y este estado varía poco, y no planea favorablemente formas para eliminar el estrés. En cuanto a las relaciones sociales parece ser que va afianzando con algunos amigos.

5. *DISCUSIÓN*

El impacto que origina la enfermedad de Alzheimer en la familia es importante, y produce cambios en los roles de cada uno de los miembros, principalmente de la persona que asume el rol de cuidador principal. Tal y como es el caso, nuestro cuidador informal, según nos cuenta él y su familia, pasa de ser una persona con una vida normal, en la que se siente realizado día a día con su trabajo, a perder el interés por las cosas que hace, no encontrarle sentido a la vida, sentir que todo lo hace mal y sentirse totalmente solo en el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer de su padre. El hecho de que este cuidado se alargue en el tiempo y verse totalmente solo en el desarrollo de dicho rol, causa un efecto importante en la salud del cuidador, tanto a nivel físico como mental.⁽²³⁾

a) **Relaciones familiares y el estado de salud del cuidador.**

Es necesario analizar si el hecho de que el cuidador informal se sienta solo y el tener una situación en casa de conflictos familiares, influye en su salud mental durante el cuidado al paciente con Alzheimer o no.⁽²³⁾

En un estudio de A. Pérez Pearanda et al, se encontró una asociación negativa entre el test de la función familiar (Test de Apgar) y el test de salud mental (cuestionario de Goldgerg), lo que viene a ser que la salud mental es peor en las familias más disfuncionales (en aquellas que imperan los conflictos, discusiones, mala conducta...). En éste estudio, a nivel Español, se utilizó la función familiar como una variable determinante para ver la variación de la salud mental, el apoyo social, el consumo de psicofármacos y el nivel educativo. No ha detectado ninguna asociación entre el grado de salud mental de los cuidadores informales con el deterioro cognitivo ni con el grado de dependencia del paciente al que cuidan. En conclusión la situación en la que se encuentra el paciente no sería una variable determinante en la salud mental de la persona cuidadora informal.⁽²³⁾

Por ello, cabría la hipótesis de que sus problemas familiares estuvieran influyendo directamente en su salud mental. En esa perspectiva, creo que se debería de haber

intervenido con sesiones de escucha activa acerca de los problemas familiares que tiene y debería haberse creado un plan para intentar ver de dónde vienen los problemas familiares para intentar así solucionarlos.

De ahí que sea de vital importancia la valoración del cuidador y del paciente para poder así abordar un plan que integre a ambos, que evite que el cuidador se convierta en el “enfermo oculto”.⁽²³⁾ y promover su salud.

b) Cuidador informal y enfermedad cardiovascular

En cuanto al cuidador familiar, ya vimos anteriormente que presenta unas tensiones arteriales superiores a las recomendadas y que verbalizaba tener temblores en ocasiones, y dormir relativamente poco en relación al trabajo que realiza. Tal como lo avala un estudio, hay dos factores que tienen un importante peso en la enfermedad cardiovascular, y son:⁽²⁴⁾

-La personalidad del tipo D, (Denollet, Sys y Brutsaert, 1995), que es la tendencia a experimentar continuamente sentimientos negativos y a no expresar las emociones durante la interacción social.⁽²⁴⁾

-Afectividad negativa: al experimentar emociones negativas, durante un periodo extenso y en múltiples situaciones. Tal perfil de personas tiene sentimientos de tensión, irritabilidad junto con una visión negativa de ellas mismas. También presentan la inhibición social, sintiéndose tensas e inseguras cuando están acompañados de otras personas.⁽²⁴⁾

De otra forma, el agotamiento vital está compuesto por tres factores: falta de energía, aumento de irritabilidad y sensaciones desmoralizantes.⁽²⁴⁾ Estas condiciones podrían formar un estado mental desagradable, que en muchas ocasiones puede ser el predisponente para causar infarto de miocardio muerte súbita.⁽²⁴⁾ Agotamiento vital y personalidad tipo D son predisponentes para una autoestima más baja y más dificultad a la hora de enfrentarse a situaciones estresantes.⁽²⁴⁾

Por tanto de acuerdo con lo expuesto, nos encontramos ante un cuidador informal que podría presentar un riesgo potencial de sufrir algún tipo de enfermedad cardiovascular, ya que él tampoco expresa emociones durante su interacción con la sociedad, expresa

gran cantidad de emociones negativas hacia el futuro y hacia todo lo que hace, y presenta en casa múltiples episodios de histeria, irritabilidad y descontrol. ⁽²⁴⁾

Nuestro cuidador comenta que últimamente se encontraba muy agitado, irritable y desconectado de todo, siéndole muy difícil establecer apenas relaciones sociales. Se intervino con sesiones de escucha activa hacia el cuidador, pero quizás no se le daba la suficiente importancia ya que nos centrábamos más en el paciente con Alzheimer, por lo que no creo que sea el domicilio del paciente al que se cuida el entorno más adecuado para realizar éstas recomendaciones.

Por ello se incentivó y se orientó al cuidador a que sus actividades las programara en el día, y que también dedicara casi obligatoriamente una parte del tiempo para su propio ocio y para realizar actividades motivantes para él que le pudieran aportar vitalidad.

Se sugiere al cuidador que dedique un tiempo para sí mismo, donde pueda cambiar de actividad, para hacer frente a la carga que pueda estar creando. Soluciones como leer, cantar, escribir... para obtener beneficios a nivel de problemática interna, reducción de su tensión y el manejo de sus propias emociones. ⁽²⁵⁾

c) El género en el cuidado informal.

En cuanto a la tendencia de la depresión, ansiedad y presencia de emociones negativas son también desarrolladas por mujeres principalmente en situaciones de sobrecarga mental y física, lo cual no quiere decir que nuestro cuidador, al ser hombre esté exento de dichas manifestaciones. ⁽²⁴⁾

En cuanto al género de los cuidadores éste caso no coincide con la mayoría de casos ⁽²⁶⁾ ya que observamos que existe una mayor prevalencia en el número de mujeres con respecto al de hombres que se dedican al cuidado de su familiar con Alzheimer. Diversos son los estudios que demuestran que la mujer gana con creces al hombre en el ejercicio del rol de cuidador informal. Ciertamente es que tampoco hay muchas investigaciones realizadas sobre cómo puede llegar a afectarle a un hombre dicha situación, ya que de la bibliografía se refieren a cuidadoras., (el cuidador pasa de no tener ningún cargo familiar, a verse involucrado en solitario en el cuidado de un paciente con Alzheimer)⁽²³⁾ Por tanto nuestro cuidador se incluye en la minoría de hombres que se dedican al cuidado informal de un familiar frente a la amplia mayoría que suponen las mujeres en esta tarea.⁽¹⁵⁾ En comparación con otros casos, nos

referimos a la relación familiar que existe entre cuidador informal y persona dependiente, con datos del estudio realizado en una zona rural en cuanto al cuidado informal, en el cual el 52,4% cuidaba a su madre, el 12,2% a su padre⁽¹⁵⁾

De acuerdo con datos del Inmerso, un 20,7% de los adultos presta asistencia a un anciano que convive con ellos, el 24,5% de las mujeres frente al 16,6% de los hombres⁽²⁷⁾ A pesar de que es menos frecuente la figura del hombre como cuidador informal, en, la mayoría de los casos (70 %) éste es el cuidador de su cónyuge.⁽²⁸⁾

Aunque los riesgos de salud a los que están expuestos los cuidadores informales son importantes, se ha de enfatizar sobre el peso de estas consecuencias en las mujeres, ya que la mayoría de los estudios avalan que ésta asume ésta responsabilidad durante periodos más largos de tiempo que los hombres. Por ello el sexo es una variable importantísima para la descripción del rol del cuidador y la relación con el paciente. Sin embargo la edad parece no ser tan relevante en el desempeño del rol de cuidador Parece ser que la mujer tiene un margen más extenso de cobertura en ofrecimiento de apoyo o soporte en el núcleo de la familia.⁽²⁹⁾

Son muchos los que se han preocupado de investigar si existe relación entre el nivel de deterioro del paciente y el nivel de carga subjetiva percibida por el cuidador.⁽²⁸⁾ Tal y como sería lógico pensar, el paciente con mayor necesidad de cuidados, daría lugar al cuidador con mayor afectación. Pero tal y como lo justifican varias investigaciones⁽²⁸⁾ esta no se cumple y no es estadísticamente significativa, hay que buscar otros factores.⁽²⁸⁾

d) Sobrecarga en función de la situación de dependencia del paciente.

Son numerosos los trabajos que dicen que el cuidado de personas con demencia y/o problemas mentales, es bastante más estresante que la atención a personas que son dependientes físicas.⁽³⁰⁾

Estudios corroboran que la mayoría de cuidadores tienen a su cargo enfermos con demencia moderada o severa. Parece que a mayor edad, mayor probabilidad de sufrir niveles más altos de carga y ésta suele ser moderada o severa. Independientemente de que el cuidador sea familiar o no, existe algún grado de sobrecarga. Adicionalmente, se obtienen un conjunto de características que van unidas a la personalidad de los cuidadores informales y las cuales se dan en el nuestro:⁽³⁰⁾

-Se estimulan con sus propios sentimientos y están motivados para satisfacer como principalmente las necesidades de los demás, preocupándose más el bienestar de los demás que el suyo. Suelen ser muy protectores y ser personas introvertidas. ⁽³⁰⁾

-Suelen ser personas muy perfeccionistas y cuidadosas. ⁽³⁰⁾

e) Intervención enfermera y posibles soluciones encaminadas a mejorar la salud del cuidador

Actualmente muchas de las personas que se dedican al cuidado, no reciben seguimiento o éste no es en su totalidad completo ⁽²⁹⁾, tal y como ocurre en éste caso, que se presta más atención en el enfermo con Alzheimer, dejando a un lado el cuidador principal, que es un sujeto susceptible y que precisa ayuda. Por ello sería recomendable desarrollar procesos de intervención con perspectivas a conservar la salud del cuidador informal, integrando elementos con mayor campo de amplitud donde se registren intervenciones en red incluyendo acciones preventivas y curativas en núcleos claves de socialización, intercambio psicosocial que logren que las personas que se dedican al cuidado vean cumplida su labor correctamente a la vez que desarrollan su propio ser. Es así que la evidencia destaca que intervenciones relacionadas con redes de apoyo en el plano social, tienen más efectividad al combinar los vínculos socio-afectivos con el intercambio de emociones, lo cual supone un claro beneficio para estas personas a niveles de depresión, carga o problemas sociales. ⁽²⁹⁾ También creo que se debería de haber hecho uso de la colaboración de otras áreas como trabajo social, psicólogos, facilidad de acceso a grupos de apoyo... para así actuar multidisciplinariamente, para hacer un sistema que promueva en todos sus ámbitos la salud

Por ello pienso que debería de haber más facilidades para incluir a cuidadores informales en sesiones de apoyo e información a nivel rural sobre los cuidados al paciente con Alzheimer.

Por ello es necesaria la intervención enfermera a fin de construir modelos de prevención e intervención que se ajusten a la realidad de estos cuidadores para crear beneficios factibles. En dichas propuestas es de suma importancia el acceso y acercamiento del cuidador informal a habilidades y conocimientos con evidencia enfermera para que el cuidado que ofrece a su familiar contribuya al bien de la persona cuidada y a nivel de bienestar del cuidador informal. Se ha de fomentar la intervención sanitaria en prácticas

de autocuidado como elemento sustancial para incrementar la calidad de vida.⁽²⁹⁾ y disminuir los niveles de ansiedad del cuidador.

Pienso que hubiera sido aconsejable que al cuidador se le hubiera dado alguna guía clínica con recomendaciones para los cuidadores informales de pacientes con Alzheimer. El apoyo del cuidador informal es crucial, ya que éste si se desarrolla potencialmente puede ayudarnos a los profesionales a solventar muchos problemas relativos con el autocuidado del paciente con Alzheimer. Creo que sería necesario facilitar el acceso a los servicios de salud (y sus derivados servicios) de los cuidadores principales y éstos deberían de ver como un conjunto a enfermo y cuidador para poder abarcar su mejora en conjunto.

f) Objetivos previstos y objetivos alcanzados.

El cuidador refiere tener insomnio por la preocupación que tiene y el gran número de cosas que tiene que abarcar él solo. Y es que se enfrenta a factores estresantes y la respuesta varía en función de varios factores como son apoyo, recursos, situación.⁽²⁶⁾

El sueño tiene gran relevancia, ya que puede tener efectos nocivos en la salud. El estudio de Chang y sus colaboradores en 2007⁽²⁶⁾ determinó que la calidad del sueño tiene impacto sobre muchos aspectos de la calidad de la vida de los cuidadores y que la mejora en el sueño, puede suponer una mayor capacidad para mejorarse él y el enfermo de Alzheimer. Por tanto el hecho de que éste no pueda dormir es una característica totalmente definitoria para el perfil de cuidador, en el que un alto número de personas son las que no pueden conciliar el sueño en ésta situación.⁽²⁶⁾

Por ello, se debería haber informado de que el insomnio que sufre puede ser causa de la ansiedad y el estrés de su día a día, por lo que creo que se debería de haber indagado en los problemas que causan éste insomnio e intentar darle soluciones, sin precipitarse a recomendarle los recursos farmacológicos desde el primer momento. Al tratarse de medicamentos que pueden crear dependencia,, como los hipnóticos procedentes de benzodiacepinas , podríamos probar en primer lugar terapias de relajación, estímulos de control, que se han demostrado que son eficaces. El insomnio es un trastorno muy frecuente en la sociedad, y afecta a un tercio de la población y su prevalencia es mayor en mujeres y ancianos. Aquí tenemos unas tablas con posibles soluciones:⁽³¹⁾

		Recomendaciones
		-
Estímulo control:	Ésta técnica pretende estrechar la relación entre cama y sueño. El hecho de permanecer despierto en la cama hace que el paciente relacione a ésta con la vigilia nocturna en lugar del sueño. Por ello sería recomendable darle los siguientes consejos: ⁽³¹⁾	1. Ir a dormir cuando se tenga sueño. ⁽³¹⁾ 2. Utilizar la cama para dormir y relaciones sexuales. ⁽³¹⁾ 3. Si el sueño no se concilia en 15 minutos, levantarse de la cama y realizar otra actividad que intente relajar (Ver Tv, escuchar música relajante, realizar respiraciones...). Repetirlo las veces que sea necesario. ⁽³¹⁾ 4. Programe la alarma para no tener la preocupación de despertarse sólo y prográmela todos los días a la misma hora. ⁽³¹⁾ 5. Evite las siestas, lo que reforzaría el sueño por la noche. ⁽³¹⁾
Restricción del sueño	Esto asegura la continuidad del sueño con la privación controlada ⁽³¹⁾	1. Restringir la estancia en la cama sólo cuando se está durmiendo. ⁽³¹⁾ 2. No disminuir el tiempo en cama a menos de 5 horas. ⁽²⁶⁾
Terapia cognitiva	Puede reestructurar los hábitos nocivos y una mala adaptación al sueño, con el fin de disminuir la ansiedad. Esta terapia puede volver a estructurar los pensamientos nocivos y cambiarlos por otras conductas adaptativas. ⁽²⁶⁾	1. Control de estímulos 2. Entrenamiento de la respiración 3. Intención paradójica.- Se pide al paciente que haga lo contrario, es decir, que se esfuerce en no dormir. ⁽³²⁾
Fitoterapia	Éstos no provocan dependencia ni síndrome de abstinencia, por lo que son totalmente recomendables ⁽²⁶⁾	-Recomendar el uso de Valeriana, Sumidad de Pasiflora y --- -Estróbilo de lúpulo. -Infusiones de tila antes de dormir. ⁽²⁶⁾

Recomendaciones generales:
-Evitar alcohol, cafeína y nicotina. ⁽³¹⁾ -Exponerse a la luz del sol durante el día. ⁽³²⁾

-Mantener horarios sociales y comidas regulares.³²

-Evitar siestas largas o innecesarias.³²

-Horario regular de sueño vigilia.³²

-Realizar ejercicio físico regularmente.³²

En cuanto al fomento del bienestar personal, quizás debería de haberse hablado de la importancia del apoyo familiar⁽³³⁾ (tal y como se ha argumentado antes), y de implicar a la familia para solventar los problemas existentes, permitiéndole la posibilidad de compartir los problemas para desahogarse. También se le debería haber hecho reflexionar para sacar siempre algo positivo e intentar concienciar que no tiene que sentirse culpable de nada, ya que está realizando todo lo mejor que puede. Quizás, y con perspectivas a disminuir cierto estrés y ansiedad hubiera sido recomendable aportarle algunas recomendaciones para instruir en los cuidados de un paciente con Alzheimer.⁽²⁶⁾

En lo relativo a la nutrición que tiene nuestro cuidador, que es deficiente en algunos nutrientes, y que se efectúa mal por poco apetito, hemos encontrado artículos que incluyen como consecuencias principales del cuidado informal de una persona con demencia, la falta de apetito y problemas gástricos entre otros.⁽²⁵⁾

Se le debería hablar de la importancia de comer sin estrés, en una atmósfera agradable y relajada y explicar la importancia de la dieta en las necesidades energéticas del día a día.

Consejos para combatir el estrés

-Coma despacio, masticando bien y dentro de los horarios fijados de comida.⁽³²⁾

-Reducir la sal, azúcar y condimentos.⁽³²⁾

-Vitaminas del grupo B (leche, huevos, carne, frutos secos...), para promover el equilibrio nervioso y la función cerebral. Vitamina C, importantísimas en el estrés.⁽³²⁾

-Ácidos grasos Omega 3: frutos secos, aceite de oliva, pescados azules.⁽²⁷⁾

- Ingesta de agua, ya que nuestro organismo está constituido por un 60%-70% de agua. El agua desde el exterior también tiene sus beneficios y los efectos de una ducha fría podrían ser aún mejores.⁽³²⁾

-Evitar el chocolate, ya que su principal componente, la teobromina, podría tener efectos similares a los de la cafeína.⁽³²⁾

-Fomentar la naturaleza como forma de estimular los cinco sentidos y crear una experiencia agradable.⁽³²⁾

Para poder entender el empeoramiento de salud en general del que habla el cuidador habría que analizar varios factores, cabría la posibilidad de que esta sensación pudiera estar relacionada con que éste estuviera sufriendo los cambios típicos del envejecimiento; disminución de fuerza muscular, cambios en las estructuras que desarrollan el movimiento, lo cual si se une al trabajo que supone atender a un paciente con Alzheimer casi todo el día, estaría dentro los síntomas definitorios de este trabajo.⁽²⁵⁾

Se conoce que entre un 70 y 80 % de los enfermos de Alzheimer en España residen en su domicilio y son cuidados por cuidadores informales, los cuales no reciben remuneración alguna por ello. Los cuidadores informales debido a la carga de trabajo que tienen ellos solos y a las escasas ayudas que poseen puede conducir a un estado en el que ellos mismos se desvalorizan y aíslan de la sociedad, sintiendo así la falta de apoyo una característica muy propia en estos casos.⁽³⁴⁾ Esta falta de apoyo en ocasiones se produce por pertenecer a redes sociales pequeñas y se relaciona con la aparición de diversas enfermedades tanto físicas como mentales; depresión, ansiedad, neurosis⁽³⁵⁾

La demanda de cuidado de los enfermos con dependencia puede producir consecuencias positivas y negativas sobre los cuidadores familiares. Se ha dicho que los factores familiares pueden ser importantes en la comprensión de los efectos del cuidado. La función familiar es un importante predictor de la salud mental de los cuidadores de pacientes dependientes. por lo que el plan de cuidados del dependiente debería tener en cuenta la funcionalidad familiar.⁽²³⁾

Por eso pienso que éste plan de cuidados que se ha llevado a cabo no puede ser efectivo, ya que no trata el problema de raíz y no impone soluciones, solo las comenta. Creo que hubiera sido más efectiva una intervención multidisciplinar de varios ámbitos, trabajador social, psicólogo, servicios sociales, para que el paciente hubiera podido tener más apoyo en el desempeño de sus labores y por tanto, mejores resultados en su proceso como cuidador.

6. BIBLIOGRAFÍA.

- (1) Achury Saldaña DM. La historia del cuidado y su influencia en la concepción y evolución de la enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* 2011; 8(1):8-15.
- (2) Jofré Aravena V. El cuidado informal como objeto de estudio. *Ciencia y enfermería* 2011; 17 (2):7-8.
- (3) Albarrán Lozano I, Alonso González P. Clasificación de las personas dependientes a partir de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud de 1999. *Revista Española de Salud Pública* 2006; 80 (4):349-360.
- (4) Abellán A, Esparza C, Castejón P, Pérez J. Epidemiología de la discapacidad y la dependencia de la vejez en España. *Gaceta Sanitaria* 2011; 25: 5-11.
- (5) Abellán García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2013. *Indicadores estadísticos básicos*. 2013.
- (6) Peláez O, Garvi MG. La longevidad globalizada: un análisis de la esperanza de vida en España (1900-2050). *Scripta Nova: revista electrónica de geografía y ciencias sociales* 2008(12):260.
- (7) Calero M.J Cuidados de Enfermería en la discapacidad y el espacio sociosanitario. *Apuntes docencia Virtual* 2015. Universidad de Jaén
- (8) Peñaranda AP, Ortiz L, Góngora J. El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental. Salamanca: Universidad de Salamanca, Facultad de Medicina 2006.
- (9) Nardi, Edileuza de Fátima Rosina, Sawada NO, Santos JLF. Asociación entre la incapacidad funcional del anciano y la sobrecarga del cuidador familiar1. 2013.
- (10) Moya-Albiol L. El cuidado informal: Una visión actual. *Revista de motivación y emoción* 2012; 1:22-30.
- (11) Conzález- Cosío M, Anderson R, Resnikoff D. Manual para el cuidador de pacientes con demencia, disponible en <http://www.copib.es/pdf/Vocalies/Envelliment/manual%20cuidadores.pdf>
- (12) Tuneu Valls L, Rojas Cano M, Sardans Marquillas M, Paredes Pérez E, Gaona Franco A. Guía de seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con alzheimer. 2005.

- (13) Llibre Rodríguez, Juan de J, Guerra Hernández MA. Enfermedad de Alzheimer: Situación actual y estrategias terapéuticas. Rev Cubana Med 1999; 38(2):134-142.
- (14) Sánchez MJP. Atención de enfermería hacia el cuidador principal del paciente con enfermedad de alzheimer. Prevencion y cuidados en el" síndrome del cuidador. Enfermería Científica 2004; 264:16-22.
- (15) Martínez MEM, Lóez, M^a del Pilar Sánchez, Flores IC. Salud y sobrecarga percibida en personas cuidadoras familiares de una zona rural. Clínica y Salud 2013; 24(1):37-45.
- (16) Roig M, Abengózar Torres M, Serra Desfilis E. La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. 1998.
- (17) Zarit SH, Reeve KE, and Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist 1980 Dec; 20(6):649-655.
- (18) Garriga OT. Repercusiones de la enfermedad de Alzheimer en el cuidador.
- (19) Adán JCM, García SP. Estrés en la enfermería: El cuidado del cuidador. : Ediciones Díaz de Santos; 2013.
- (20) Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev Esp Salud Pública 1997; 71(2):127-137.
- (21) Nanda Noc Nic.Nanda.es[página web en Internet] [Citado 2015 Marzo} Disponible en <http://www.nanda.es/>
- (22) Sala FG, Collado AG, Moral JCM, Iniesta AC. La percepción de la funcionalidad familiar. Confirmación de su estructura bifactorial, Escritos de Psicología 2012-5(1): 34-39.
- (23) Peñaranda AP, Ortiz LG, Sánchez ER, Baltar AL, Santos NP, Marcos MÁG. Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia. Atención primaria 2009; 41(11):621-628.
- (24) Montero P, Rueda B, Bermúdez J. Relación de la personalidad tipo D y el agotamiento vital con las emociones negativas y el ajuste psicológico a la enfermedad cardiaca= Relationship of type D personality and vital exhaustion with negative emotions and psychological adjustment to heart d. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica 2012; 17(2):93-106.
- (25) Ríos AER, Galán MGN. Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. 2010.

- (26) Palomino GL, Avilés AGP, Loyola LAB. [www. medigraphic. org. mx](http://www.medigraphic.org.mx). Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2008; 13(4):159-166.
- (27) García-Calvente MdM, Mateo-Rodríguez I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. Gaceta Sanitaria 2004;18:132-139.
- (28) Ballester Ferrando D, Juvinyà Canal D, Brugada Motjé N, Doltra Centellas J, Domingo Roura A. Cambios en los cuidadores informales en cuanto a estilos de vida, relaciones y alteraciones de salud mental. © Presencia: revista de enfermería de salud mental, 2006, vol.2, núm.4 2006.
- (29) Ávila-Toscano JH, Mercado MV. Calidad de vida en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas. Aquichan 2014; 14(3):417-429.
- (30) Ginsberg J, Martínez MF, Mendoza A, Pabón J. Carga subjetiva percibida por el cuidador y su relación con el nivel de deterioro de pacientes con diagnóstico de demencia. Influencia de edad, estilo de personalidad y tipo de cuidador. Archivos Venezolanos Psiquiatría Neurología 2005;51(104).
- (31) Díaz MS, Pareja JA. Tratamiento del insomnio. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud 2008; 32(4):116-122.
- (32) Melgosa J. Sin estrés! : Editorial Safeliz; 1994.
- (33) Linde JMM, Velasco, María de los Ángeles Iáñez, Velasco BI. El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. Psicología y salud 2014; 15(1):33-43.
- (34) Llach XB, Suriñachb NL, Gamisansb MR. Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. Atención primaria 2004;34(4):170-177.
- (35) Vega Angarita O, González Escobar D. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Enfermería Global 2009(16):0-0.

7 Anexos

Anexo 2. La dieta mediterránea como modelo de dieta prudente y saludable.

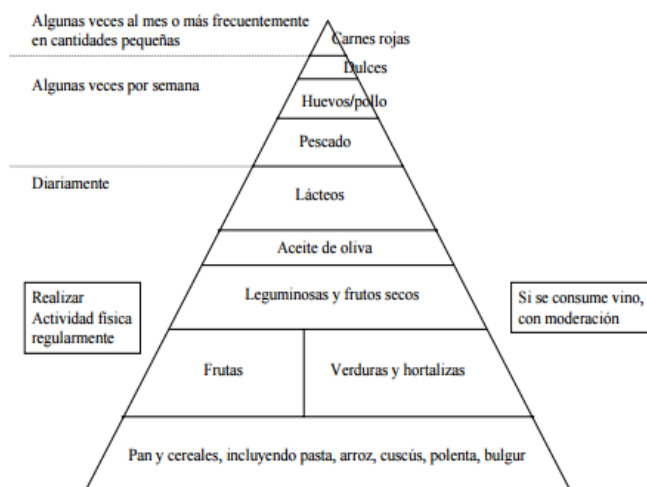


Figura 1. Dieta mediterránea tradicional óptima

Modificado de "La Pirámide de la Dieta Mediterránea" (Harvard School of Public Health, Oldways Preservation & Exchange Trust, United Nations World Health Organization/Food Agriculture Organization (WHO/FAO) Collaborating Center. 1994)

Anexo 3. Cuestionario de Apgar .Percepción de la función familiar.⁽²²⁾

Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad den la familia

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad?					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de					
Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia:					
1. el tiempo para estar juntos					
2. los espacios en la casa					
3. el dinero					
¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda?					
Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as)					

Funcionalidad normal de 7-10 puntos .

Disfunción moderada de 4-6 puntos. .

Disfunción grave de 0 a 3 puntos.

Total puntuación: 4. Disfuncionalidad moderada.

Anexo 4

CRIBADO ANSIEDAD DEPRESION – ESCALA DE GOLDBERG

SUBESCALA DE ANSIEDAD	RESPUESTAS	PUNTOS
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?		
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse		
Puntuación Total (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)		
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

SUBESCALA DE DEPRESIÓN	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Se ha sentido con poca energía?		
¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
Puntuación Total (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
¿Se ha sentido usted enlentecido?		
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

PUNTUACIÓN TOTAL (Escala única)	
--	--