

ACTITUD DEL CUIDADOR FRENTE AL PACIENTE CON DEMENCIA TIPO
ALZHEIMER ASISTIDOS EN EL INSTITUTO GERIÁTRICO.SIERVAS DE
JESÚS, DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA

GARCÍA GARCÍA MARITZA
NIETO DE LA ROSA NAYITH
PÉREZ SANDOVAL DANEYIS
ZAMBRANO GUTIÉRREZ DENIS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR

2006

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

No INVENTARIO **4031081**

PRECIO _____

FECHA 01-14-2008

CANJE ON _____



S

PS

403108A

ACTITUD DEL CUIDADOR FRENTE AL PACIENTE CON DEMENCIA TIPO
ALZHEIMER ASISTIDOS EN EL INSTITUTO GERIÁTRICO SIERVAS DE
JESÚS, DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA

GARCÍA GARCÍA MARITZA
NIETO DE LA ROSA NAYITH
PÉREZ SANDOVAL DANEYIS
ZAMBRANO GUTIÉRREZ DENIS

TUTORA:
VERGARA, THALIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR
2006

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Barranquilla, 21 de Noviembre de 2006

Agradecimientos

Le agradecemos profundamente a nuestra tutora Thalía Vergara, por ser nuestra guía en esta investigación; a la docente Margarita Cardéño por indicarnos el camino correcto a seguir y a nuestras jurados Vilma Cabarcas y Yaneth Arias, por su entera colaboración en la consecución de esta investigación.

Maritza, Nayith, Daneyis, Denis

Dedicatoria

Cada día te das cuenta de lo bello de la vida y de las cosas hermosas que ella te brinda, por eso le doy gracias a Dios por brindarme la oportunidad de salir adelante y seguir en su camino, gracias a mis padres Israel García y Flor García por estar conmigo y apoyarme a lo largo de la vida, gracias a mis compañeras por compartir buenos momentos.

Maritza G.

Dedicatoria

A Dios y a la virgen de la Candelaria por iluminar cada día mi vida.

A mis padres Hermenegildo De la Rosa y José Manuel Nieto por ser los autores de mis logros y por ser tan incondicionales conmigo.

A mis compañeras Daneyis, Maritza y Denis por los esfuerzos y ganas de salir adelante.

A mi amiga Yanelis Gómez, por enseñarme la importancia de la amistad.

A todas aquellas personas que confiaron en mí, en mis sueños y no me dejaron nunca desfallecer.

Nayith N.

Dedicatoria

A Dios por darme la fuerza y entereza para salir adelante, a mis padres Argemiro y Margarita por apoyarme siempre y estar allí en los momentos más difíciles y felices de mi vida, a mis compañeras por compartir todo este tiempo de crecimiento profesional y personal.

Daneyis P.

Dedicatoria

A Dios por brindarme la oportunidad de formarme como profesional, mil gracias por levantarme en aquellos momentos en los que muchas veces caí.

A mis padres Alberto y Maria, gracias por sostenerme y rodearme en medio del batalla.

A mis hermanos Alex y Alberto por darme ejemplo y ayuda incondicional en el logro de este gran objetivo.

Denis Z.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION	
1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACION DEL PROBLEMA	14
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	14
1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA	15
2. JUSTIFICACIÓN	16
3. OBJETIVOS	19
3.1. OBJETIVO GENERAL	19
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
4. MARCO TEÓRICO	20
4.1. ACTITUD	20
4.1.1. Estructura de las actitudes	20
4.1.2. La importancia de los tres componentes de la Actitud	21
4.1.3. La función de las Actitudes	24
4.1.4 Formación de las Actitudes	25
4.1.5 Estereotipos, prejuicios y discriminaciones	26
4.1.6 El cambio de las actitudes	26
4.2. CUIDADOR	29
4.2.1 Problemas físicos	30
4.2.2. Problemas psíquicos	30
4.2.3. Problemas sociofamiliar	32
4.2.4. Problemas laborales	32
4.2.5. Como se detecta el síndrome del cuidador	33
4.2.6 El cuidador del paciente con Alzheimer	36
4.3. ALZHEIMER	44
4.3.1 Síntomas	48
4.3.2 Modificaciones afectivas	51
4.3.3 Tratamiento	52

Actitud del Cuidador

5. VARIABLES	55
5.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL	55
5.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL	56
6. DISEÑO METODOLÓGICO	57
6.1. PARADIGMAS	57
6.2 TIPO DE ESTUDIO	57
6.3. DISEÑO	58
6.4 POBLACIÓN	58
6.5. MUESTRA	58
6.6. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	59
7. PROCEDIMIENTO	61
8. RESULTADOS	62
8.1. DIMENSION AFECTIVA	62
8.1.2 Dimensión Comportamental	62
8.1.3 Dimensión Cognitiva	65
8.2. ANALISIS DE RESULTADOS	67
CONCLUSIONES	
DISCUSIONES Y RECOMENDACIONES	
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

Adulto mayor y envejecimiento suelen ser términos utilizados para señalar el período cronológico que suele ser el final de la vida del hombre. Esto, obviamente, no sucede sino con las personas que logran vivir muchos años y que se ven abocadas a los factores de riesgo propios del desgaste mental, muscular, emocional, etc., factores que parecen amalgamarse para crear un estado con características propias, conocido como "vejez".

Alcanzar a vivir gran cantidad de años no es privilegio de todos los seres humanos, por razones múltiples, de carácter natural, accidental e, incluso, de iniciativa propia del individuo. Aun así, la inmensa mayoría de las personas (sobre todo aquellas que gozan de un buen estado de salud), preferirían vivir muchos años y gozar, hasta donde sea posible, de los encantos de la vida, principalmente cuando se cuenta con un núcleo familiar estable, en el que el amor, la comprensión y la tolerancia, suelen ser paliativos para una etapa sumamente difícil de soportar, dadas las limitaciones físicas y mentales que de ella se derivan. Quizá podría decirse, con cierto grado de razón, que, aunque todos queremos vivir muchísimos años, nadie, quiere ser "viejo", entre otras cosas, porque en la sociedad actual suele haber muy poca tolerancia hacia quienes son considerados como personas "inútiles", o como "cargas" para la familia, salvo contados casos por razón de las limitaciones a que se hizo referencia anteriormente.

Ese período de envejecimiento, en muchos casos, suele ir acompañado de patologías de difícil manejo, sobre todo aquellas que afectan el equilibrio mental del individuo y, entre esas patologías, el Alzheimer ocupa un lugar sumamente importante, dada la incidencia que tiene en la población denominada "de la tercera edad".

Actitud del Cuidador

El Alzheimer es una enfermedad sumamente limitante y ello impone que los pacientes afectados de la misma, requieran cuidados especiales, que no siempre están al alcance de la familia, por razones de ocupación y porque los cuidados que requiere el paciente son directamente proporcionales al grado de afección de la enfermedad, cuidados que van desde la atención física hasta la atención mental y afectiva.

Esta situación ha dado lugar a la creación de clínicas geriátricas, en las que se atiende a pacientes internos afectados de diversas patologías, principalmente las que, como el Alzheimer, son limitantes de la calidad de vida del afectado. En estas clínicas particulares, generalmente, existen personas que se dedican al cuidado del paciente, un cuidado integral, que busca disminuir el impacto de la enfermedad, tanto en el paciente como en su núcleo familiar, brindando al enfermo los cuidados necesarios, la atención farmacológica y alimenticia, en términos generales, de elevar la calidad de vida, hasta donde es posible, del enfermo de Alzheimer.

El cuidador geriátrico debe tener una formación estructurada sobre el manejo de personas en edad avanzada y estar identificado plenamente con las características de vida de esos pacientes. Debe tener una formación científica y disciplinaria que le permita no sólo comprender, sino prevenir situaciones de difícil manejo y, por ello, cuando se trata de Alzheimer, esos cuidados deben ser especializados y acordes con cada paciente, dado que ésta, como toda patología, si bien tiene características generales que le dan identidad patológica, se manifiesta de diversas maneras, razón por la que cada paciente requiere de un cuidado individual y personalizado.

Razón por la cual el objetivo principal de esta investigación es describir las actitudes de las personas que cuidan del adulto mayor asistido en el instituto geriátrico siervas de Jesús de la ciudad de Barranquilla, el cual solamente

Actitud del Cuidador

presenta tres pacientes con alzheimer y sus respectivos cuidadores que han permitido el acceso de las integrantes del grupo de estudio para la recolección de información necesaria para emitir conclusiones y recomendaciones sobre la idoneidad del cuidador del paciente afectado con este tipo de demencia.

El trabajo de investigación se fundamenta en un paradigma empírico analítico y se desarrolla con un diseño descriptivo (*Cerda, 2002*). Se toman como ejes conceptuales las variables afectivas, comportamental y cognitiva planteadas por el autor guía Robert Barón Bregine en su libro psicología social en donde define a las actitudes como un determinante de primera importancia de la orientación del individuo con respecto a su medio social y físico. Las autoras del estudio aplicaron, como complemento metodológico de la investigación, la observación directa no participante y la técnica de entrevista estructurada, para efectos de recolección de la información.

1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Alrededor de un 10% de todas las personas mayores de 65 años sufren un deterioro intelectual significativo. Aunque una quinta parte de los casos se debe a causas que pueden ser tratadas, como por ejemplo reacciones indeseables a fármacos; pero la mayoría padecen enfermedades degenerativas, en especial la enfermedad de Alzheimer (*Gruzzow, 2003*).

El Alzheimer es una enfermedad de progresión lenta y conduce a la muerte en un periodo de 5 a 15 años. El análisis histológico del tejido cerebral de los fallecidos por Alzheimer muestra en algunas áreas, entremezcladas con las células nerviosas normales, unas fibras retorcidas características (ovillos neurofibrilares) y placas de proteínas anormales (placas neuríticas). No se conoce tratamiento curativo para la enfermedad de Alzheimer.

Las características del Alzheimer, hace que los afectados de esta enfermedad requieran cuidados especiales, no sólo por los requerimientos mismos del paciente, sino porque, además, como consecuencia de la inestabilidad mental y la pérdida de capacidades de razonamiento, orientación en espacio y tiempo, etc., el paciente puede sufrir accidentes, incluso por la ingestión de alimentos o de medicamentos no recomendados para su enfermedad.

Esto impone la necesidad de que el paciente con Alzheimer esté permanentemente bajo el cuidado de una persona, debidamente formada y entrenada para ello, con el fin de hacer llevadera la vida del afectado. Estas personas, a quienes para fines de este estudio se denominará "Cuidador",

tienen gran incidencia en la calidad de vida del enfermo y, en muchas ocasiones, se constituyen en su único punto de apoyo, de orientación, comprensión y hasta de consuelo. De ahí la importancia que tiene el Cuidador, en cuanto a la calidad de vida del paciente.

En el Instituto Geriátrico Siervas de Jesús, en el Distrito de Barranquilla, se atienden a adultos mayores afectados por diferentes patologías entre ellas el Alzheimer y por ello las autoras escogieron esta institución, con el fin de realizar un trabajo de investigación, en donde se resalte la importancia que tiene el cuidador en la vida del paciente afectado de Alzheimer, como persona responsable de la seguridad y bienestar del paciente afectado por esta patología.

Existe un general consenso en el sentido que, el Cuidador, puede incidir definitivamente, con sus cuidados y atención, para que el paciente con Alzheimer pueda hacer frente dignamente a los estragos de la enfermedad y convivir con ella, disminuyendo el impacto de las manifestaciones clínicas de la misma.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Desde el ángulo de consideraciones anteriormente expresadas, las autoras del estudio se formulan la siguiente pregunta problema:

¿Cuál es la actitud del Cuidador de pacientes con Alzheimer, en el Instituto Geriátrico Siervas de Jesús del Distrito de Barranquilla, para brindar al enfermo una calidad de vida acorde con las manifestaciones particulares de su patología?



2. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, cuando uno de los mayores retos de la salud pública y de la disciplina que se asocian a la misma es preservar la auto eficiencia funcional, mental y social a lo largo del proceso del envejecimiento mediante medidas preventivas y asistenciales; enfermedades como la demencia tipo alzheimer generan una gran preocupación, pues cada día se hace evidente la dificultad que existe para atender a pacientes con este tipo de enfermedad, ya que esta clase de demencia es la que tiene gran incidencia en la población de la tercera edad. Los pacientes con esta enfermedad presentan un compromiso cerebral en la región cortical y se encuentran incluidas dentro de las demencias no tratables.

Este tipo de demencia se caracteriza por un deterioro en las funciones intelectuales, acompañados por cambios en el estado de ánimo y personalidad, de igual forma un paciente con esta enfermedad puede presentar alteraciones del lenguaje, incapacidad para realizar movimientos; así como trastornos de la memoria lo cual constituye la característica más predominante en la medida en que afecta diversos tipos de memoria entre ellas episódica, semántica y reciente.

Se observa la necesidad de los continuos cuidados y demanda de afecto. Así mismo sentirse útil dentro del contexto social y familiar, además los costos que acarrea tener un familiar con la enfermedad tipo alzheimer es enorme, ya sea en su casa o en una institución, esto se debe a la gran necesidad de realizar exámenes neurológicos clínicos medicamentos, gastos de personal, cuidados, entre otros. Ante todo esto se hace necesario que el cuidador en la asistencia de estos pacientes, tenga conocimientos básicos de la enfermedad, manejo de las implicaciones que de alguna manera proporciona esta labor en lo

psicológico, social y familiar. También conocer el impacto de los tres componentes de la actitud que maneje el cuidador, factores que pueden facilitar y contribuir de manera positiva o negativa en el mejoramiento de la vida del paciente.

Lo que se quiere con esta investigación es dar a conocer las actitudes del cuidador frente al paciente con demencia tipo alzheimer y profundizar en esta temática que es de vital importancia a nivel profesional y personal, ya que esta experiencia adquirida enriquece mucho más en el manejo de esta población.

Conociendo la utilidad que tiene la investigación en la vida profesional, proporciona a las investigadoras nuevos métodos y estrategias que son útiles para abordar las diferentes incidencias que tiene en la salud mental en este caso en los cuidadores, la convivencia con personas que poseen este tipo de trastornos. Además nos da a conocer el manejo teórico y práctico de esta enfermedad que cada día va cobrando mayor auge en nuestra sociedad, lo cual prepara al psicólogo para enfrentarse de manera integral en el campo laboral.

Al hogar Geriátrico Siervas de Jesús esta investigación le proporciona información consistente de la caracterización de las personas, con las que cuenta como apoyo básico para el tratamiento o cuidado de los pacientes pertenecientes a la institución, mostrando de manera clara los posibles acuerdos o desacuerdos que arrojarían los resultados de esta investigación con sus expectativas, además proporciona de alguna manera; una base de datos que le permita tener mayor criterio al momento de contar con un profesional que se dedique a la labor de cuidador, incentivando a estas personas para reconocer no solo las capacidades profesionales sino también la parte afectiva, cognitiva y comportamental de los cuidadores.

Por otro lado, esta investigación proporciona a la universidad mayor cobertura de los fenómenos de estudio que se está dando en nuestra sociedad y mayor conocimiento a nivel de antecedentes teóricos y prácticos para las personas que deseen seguir investigando en esta línea, dándole mayor información acerca de las personas que tienen algún tipo de alteración y por qué no, dar parámetros para que se creen procesos de intervención eficaz para tratar al cuidador y ofrecer un bienestar a quines tiene a cargo a una persona que solicita cuidado. Por tanto el cuidador debe poseer una estabilidad en el área emocional social, laboral y familiar.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir la actitud del Cuidador frente al paciente con demencia tipo Alzheimer, asistido en el Instituto Geriátrico Siervas de Jesús, en la ciudad de Barranquilla.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir el componente afectivo, que maneja el cuidador frente al paciente con demencia tipo alzheimer.
- Describir el factor comportamental del cuidador frente al paciente con demencia tipo Alzheimer.
- Describir el aspecto cognitivo del cuidador frente al paciente con demencia tipo Alzheimer.

4. MARCO TEORICO

4.1 ACTITUD

Representan un determinante de primera importancia de la orientación del individuo con respecto a su medio social y físico. Actitud implica estar listo a responder de un modo dado a un objeto social.

Una actitud denota que hay una motivación despierta y una acción movilizadora para acercarse o evitar el objeto. El término actitud "denota la organización de los sentimientos, de las creencias y de las predisposiciones de un individuo para comportarse de un modo dado". (*Barón, 1989*)

4.1.1 Estructura de las Actitudes

Barón en su libro psicología social (1989), hace una distinción en tres componentes que se desglosan a continuación:

El componente cognitivo, el cual indica el conocimiento que se tiene y se cree tiene sobre otro objeto o situación y puede expresarse en términos de "creo" o "no creo".

Así mismo la actitud es un fenómeno de evaluación social, que consiste en la percepción del individuo, sus creencias y estereotipos, es decir, las ideas que éste tiene hacia un objeto determinado, siendo a veces sustituido por el término opinión.

El componente afectivo, se expresa en términos de simpatía, antipatía y corresponde al hecho que la creencia es capaz de provocar efectos de variada intensidad y dirección.

En este aspecto lo afectivo es a menudo el componente más profundamente enraizado y el más resistente al cambio.

El componente comportamental, consiste en la tendencia a actuar o a reaccionar de un cierto modo con respecto al objeto, de acuerdo con los contenidos cognoscitivos o afectivos de la creencia que se tenga.

4.1.2 La importancia de los tres componentes de la Actitud

El análisis de una actitud en sus componentes conduce a un cierto número de preguntas acerca de la estructura de las actitudes. Es razonable suponer que los componentes sean congruentes porque los tres se refieren al mismo objeto y que éste debe ser tratado de un modo uniforme.

La coherencia entre los tres componente se encuentra usualmente cuando la persona exterioriza su comportamiento acorde a las creencias firmemente sostenidas y acompañadas de afecto. Los efectos fuertes se acompañan por lo común de hábitos y respuestas sólidamente establecidos en la conducta. Si existe incoherencia entre los componentes el individuo mostrará una tendencia a modificar la actitud con el fin de restaurar el estado de congruencia. Este principio está implícito en el uso de nuevas informaciones para producir cambios de actitud. Uno de los problemas lo constituye el nivel de diferenciación y de complejidad de los componentes de la actitud. (Barón, 1989)

En un nivel poco profundo, el componente afectivo de la actitud de una persona puede implicar simplemente gusto o disgusto.

La complejidad y la fuerza de los componentes tienen importantes implicaciones para el desarrollo y para la modificación de una actitud.

Las actitudes que tienen un componente débil en los que se dan escasos conocimientos sobre el objeto tienen mucha probabilidad de ser inestables.

Las actitudes de un alto contenido emocional o fuerte componente afectivo, tienen menos tendencia a ser influenciados por informaciones nuevas y conocimientos intelectuales puros. Los sentimientos de intensa aversión con respecto a una minoría en particular en los que subyacen fuertes prejuicio, son extremadamente resistentes a los elaborados de la razón y de la información. Para tratar de modificar este tipo de actitudes son mucho más efectivas las técnicas que se dirigen directamente al componente afectivo, tales como el rol play emocional y el psicodrama. Se supone de ordinario que, puesto que las actitudes son predisposiciones evaluativas, determinarán o dirigirán la conducta de la persona. Pero el agente no siempre actúa de acuerdo con lo que cree: las actitudes y las conductas muestran a menudo grandes discrepancias. Una demostración clásica de la falta de coherencia entre las actitudes verbales y las conductas manifiestas, la reporta Piere (1934), las divergencias entre actitud y conducta, no deben en realidad sorprendernos. Sería erróneo esperar una relación directa término a término entre las actitudes y la conducta, que está determinada no sólo por las actitudes, sino también por factores externos de la situación social inmediata.

Una segunda razón entre la interrelación de los componentes a menudo muestran discrepancia, es que hay actitudes diferentes que tienen relación con un mismo estilo de conducta.

Rokeach (1966) expone que tanto las actitudes con respecto al objeto con las actitudes con respecto a la situación en la que se encuentra el objeto determinan la conducta del individuo.

El objeto de una actitud se encuentra siempre en una cierta situación con respecto a la cual puede que haya actitudes muy fuertes. En consecuencia la incoherencia entre las conductas y la actitud puede ser función de una orientación hacia la situación.

Un tercer factor es el tipo de actitud que subyace en el prejuicio. Las actitudes "intelectualizadas" son ricas en creencias y estereotipos, pero carecen de tendencia a la acción. Las discrepancias entre actitud y la acción es particularmente importante en el terreno del cambio de actitud. Mientras que es relativamente fácil cambiar las creencias mediante comunicaciones e informaciones persuasivas, como en el caso de las creencias muy extendidas de que el fumar es dañino, las acciones son muy resistentes al cambio y la gente sigue fumando tanto como siempre; la modificación de la acción es ordinariamente un problema más difícil que la modificación de las creencias, porque los hábitos adquiridos son difíciles de cambiar. (*Barón, 1989*)

Se necesita tomar en cuenta el área de actitud y los recursos sociales para modificar la conducta. Ciertas conductas, como la discriminación, pueden modificarse por la fuerza mediante la legislación, mientras que las actitudes relacionadas con ellos (prejuicios) se mantienen firmemente en contra de los intentos racionales para modificarlos.

Hay ejemplos de conductas cambiadas por la fuerza que producen cambio de actitud, cambio que da sentido a la nueva conducta y mantiene la coherencia con ella. Se señaló más arriba que no sólo las actitudes, sino los factores del medio social determinan la conducta cuando se cambian actitudes u opiniones por medio del impacto momentáneo de una comunicación persuasiva o de una nueva experiencia, el cambio en sí mismo intrínsecamente inestable. Mientras que no haya factores del medio que refuercen y mantengan el cambio de actitud, no hay probabilidad que este cambio induzca otro paralelo

en la conducta. Las relaciones entre actitud y acción, y entre cambio de actitud y cambio de conducta, no son simples ni unidireccionales. Dos personas con las mismas actitudes pueden comportarse de modos muy diferentes. "El conocimiento de la actitud de una persona no asegura el éxito en la predicción de sus acciones" (*Barón, 1989*).

4.1.3 La Función de las Actitudes

Las actitudes tienen una base funcional en el sentido de que una opinión específica pueda desarrollarse y mantenerse, para satisfacer una necesidad social importante para la persona. Las actitudes constituyen el fundamento de los modos de conducta constantes con respecto a objetos sociales, sucesos y problema durante un período de tiempo. El individuo que tiene la actitud gana con ello en términos de economía adaptativa, puesto que el tener una actitud le permite ordenar y dotar de significado a ciertos aspectos del medio social en el que se mueve. La gente muy opuesta al comunismo o a favor del desarme nuclear, o insensible a la educación libre de los estudiantes universitarios, tiene una basta lista de antemano para plantear respuestas y tomar decisiones sobre estos problema .(*Barón, 1989*)

En efecto, las actitudes sociales representan un eslabón fundamental para unir las capacidades de la persona para percibir, sentir y aprender, y su experiencia continúa en un medio social complejo. La actitud tiene influencia sobre otros procesos psicológicos, tales como la formación de juicios sociales simples, la percepción y la interpretación de estímulos ambientales, el aprendizaje y la retención de materiales contradictorias, la receptividad y apertura a nuevas informaciones.

Los psicólogos se interesan particularmente en las funciones que tienen las actitudes en la personalidad, como fuentes de motivación que permiten la adaptación al medio. La visión "funcional" en el estudio de las actitudes está

representada en los escritos de Katz (1960), quien sugiere que el mantenimiento y la modificación de las actitudes sociales cumplen cuatro funciones diferentes en la personalidad: adaptación, expresión de valores, conocimientos y defensa del yo. Por su función adaptativa, las actitudes proporcionan gratificaciones y alejan de los castigos.

4.1.4. Formación y Teoría de las actitudes

Se pueden distinguir dos teorías sobre la formación de las actitudes, estas son: la teoría del aprendizaje y la teoría de la consistencia cognitiva.

Teoría del aprendizaje: esta teoría se basa en que al aprender se reciben nuevos conocimientos de los cuales se intentan desarrollar unas ideas, unos sentimientos, y unas conductas asociadas a estos aprendizajes. El aprendizaje de estas actitudes puede ser reforzado mediante experiencias agradables. (Barón, 1989)

Ejemplo:

Al aprender nuevos conocimientos sobre la sexualidad, se intenta recoger toda la información posible para poder realizar un cambio en nuestra conducta, partiendo de la nueva información adquirida.

Teoría de la consistencia cognitiva: esta teoría se basa o consiste en el aprendizaje de nuevas actitudes relacionando la nueva información con alguna otra información que ya se conocía, así se desarrollan ideas o actitudes compatibles entre sí.

Ejemplo:

Al estudiar algo nuevo, se intenta memorizar mediante la relación de lo que se aprende con lo que ya se sabe, esto llevará a que a la hora de acordarse de lo nuevo memorizado te será más fácil recordarlo.

4.1.5. Estereotipos, prejuicios y discriminación

El estereotipo es una concepción simple y muy común la cual es aceptada por un grupo o sociedad a una persona determinada sea de diferente estructura social o determinado programa social.

El estereotipo cumple una función que se adapta perfectamente, es ordenada y simplifica la información que necesita el sujeto para poder reaccionar con una mayor rapidez.

Los prejuicios son unos sentimientos negativos o positivos, normalmente se forman por creencias o pensamientos estereotipados. Estos sentimientos se dan a conocer de forma simpática o antipática ante unos individuos, razas, grupos, nacionalidades o ideas, pautas e instituciones.

Muchas veces los prejuicios hacen al ser humano ser hostil o favorable con un conjunto de personas o una sola, a veces son discriminatorios o muy acogedores, esto es muchas veces según como es la persona según su condición racial, económica, religiosa... A este comportamiento se le denomina discriminación. (*Barón, 1989*)

4.1.6. El cambio de las actitudes

Las actitudes influyen en la conducta social. Por eso quienes intentan cambiar las conductas de las personas se centran en cambiar las actitudes. Hay muchos ejemplos de esto: los padres que intentan influir en la conducta de los hijos, los maestros que intentan influir en los alumnos, etc.

Una actitud es una forma de respuesta, a alguien o a algo aprendida y relativamente permanente. El término actitud ha sido definido como *reacción afectiva positiva o negativa hacia un objeto o proposición abstracto o concreto denotado*. (Barón, 1989).

Las actitudes pueden ser diferenciadas de los motivos biosociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas. Las actitudes tienden a permanecer bastantes estables con el tiempo. Estas son dirigidas siempre hacia un objeto o idea particular.

Las actitudes raras veces son asunto individual; generalmente son tomadas de grupos a los que se debe mayor simpatía.

Las actitudes se componen de 3 elementos: *lo que piensa* (componente cognitivo), *lo que siente* (componente emocional) y *su tendencia a manifestar los pensamientos y emociones* (componente conductual).

Las emociones están relacionadas con las actitudes de una persona frente a determinada situación, cosa o persona. Por lo tanto una actitud se caracteriza por la tendencia, disposición o inclinación para actuar en determinada manera. Ahora bien, en la actitud (preámbulo para ejercer una conducta), se encuentran varios elementos, entre los que se desarrollaran los pensamientos y las emociones. (Barón, 1989).

Se tienen determinadas actitudes ante los objetos que se conocen y se forman actitudes nuevas ante los objetos que son también nuevos. Una vez formada, es muy difícil que se modifique una actitud, ello depende en gran medida del hecho de que muchas creencias, convicciones y juicios se remiten a la familia de origen. En efecto, las actitudes pueden haberse formado desde los primeros años de vida y haberse reforzado después. Otras actitudes se

aprenden de la sociedad, como es el caso de la actitud negativa ante el robo y el homicidio; por último otros dependen directamente del individuo.

Existen diferentes tipos de actitudes que a continuación se mencionaran:

- Actitud Emotiva

Cuando dos personas se tratan con afecto, se toca la parte emocional de ambas. Esta se basa en el conocimiento interno de la otra persona. El cariño, el enamoramiento y el amor son emociones de mayor intimidad, unidas a una actitud de benevolencia.

- Actitud Desinteresada

La persona no se preocupa, ni exclusiva ni primordialmente, por el propio beneficio, sino que tiene su centro de enfoque en la otra persona y que no la considera como un medio o instrumento, sino como un fin. Está compuesta por 4 cualidades: Apertura, Disponibilidad, Solicitud y Aceptación.

- Actitud Manipuladora

Sólo ve al otro como un medio, de manera que la atención que se le otorga, tiene como meta la búsqueda de un beneficio propio.

- Actitud Interesada

Puede considerarse como la consecuencia natural de una situación de indigencia del sujeto: cuando una persona experimenta necesidades ineludibles, busca todos los medios posibles para satisfacerlas; por ello, ve también en las demás personas un recurso para lograrlo.

- Actitud Integradora.

La comunicación de sujeto a sujeto, además de comprender el mundo interior del interlocutor y de buscar su propio bien, intenta la unificación o Integración de las dos personas. (Myers, 1995)

4.2 CUIDADOR

Se llama cuidador del paciente con demencia, a la persona que asume la responsabilidad total en la atención y el apoyo diario a este tipo de pacientes. El cuidado del paciente con demencia es un proceso dinámico que va a requerir un progresivo incremento de atenciones y tareas por varios motivos: la larga duración de la enfermedad (en más del 70% se trata de un proceso superior a 6 años), la pérdida progresiva de capacidad física y cognitiva por parte del paciente y su creciente dependencia del entorno familiar. Un cuidador es la persona que proporciona cuidado, generalmente en el entorno del hogar, a uno de sus progenitores, al cónyuge, a otros familiares o a personas sin vínculos familiares (enfermeras), a una persona enferma o discapacitada de cualquier edad, incluso a un niño. Un cuidador puede ser un miembro de la familia, un amigo, un voluntario o un profesional pagado.

La tarea de cuidar conlleva a menudo a la aparición de una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y socio familiar, que se constituyen en un auténtico Síndrome del Cuidador, que es necesario conocer, diagnosticar precozmente y tratar de prevenir.

Diversos factores (edad, género, parentesco, co-residencia, tiempo de dedicación y existencia de otras cargas familiares) han demostrado su influencia en la aparición de este síndrome. (Barón. J, 2003).

La carga a la que se ve sometido el cuidador puede expresarse en distintas áreas:

4.2.1. Problemas físicos

Cabe señalar que, se trata en gran número de ocasiones de problemas de aparición frecuente en el grupo de edad al que pertenece la mayoría de los cuidadores, que se ven agravados por las tareas propias de su labor de cuidados.

Las quejas somáticas son múltiples, destacando entre todas ellas las referidas a dolor de tipo mecánico crónico del aparato locomotor, el mover a una persona de edad avanzada y en ocasiones el peso elevado de esta, lleva a que su cuidador pueda presentar problemas musculares como cervicalgias, lumbalgias, hernias, cefalea, astenia, fatiga crónica, alteración del ciclo sueño-vigilia, insomnio, afecciones del sistema inmunológico que puede llevar a que estas personas sean más vulnerables a presentar enfermedades como gastritis, problemas cardiovasculares y afecciones respiratorias entre otros.

Se ha demostrado que existe deterioro de la función inmune de los cuidadores, a expensa de una reducción de sus niveles de inmunidad celular, que los hace más susceptibles a determinadas infecciones víricas (Barón y Bechelat, 2000)

También se ha especulado sobre su mayor predisposición a otro tipo de patologías como la enfermedad ulcerosa péptica y la patología cardiovascular.

4.2.2. Problemas Psíquicos

Algunos de los problemas psicológicos que pueden afectar al cuidador son sentimientos de depresión, ansiedad, aislamiento, culpabilidad e

impotencia, problemas para conciliar el sueño, irritabilidad, dependencia a los psicofármacos, temor a la enfermedad, reacción de duelo, aparición de ideas suicidas y baja autoestima.

Entre todos ellos se destaca por su frecuencia la depresión; entre las circunstancias que influyen en mayor medida en su aparición y la falta de apoyo social, la carencia de recursos económicos, las relaciones previas con el paciente, el sentimiento de culpa, la existencia de una historia familiar de depresiones y las limitaciones psico-físicas del cuidador. *(Alzheimer, 2005)*

Se ha demostrado relación entre el desarrollo de trastornos conductuales graves en el paciente demente y la aparición de depresiones en el cuidador principal, especialmente en el caso de demencia de Cuerpos de Lewy. *(Laspriella, 2002)*.

Las consecuencias de los problemas psíquicos del cuidador van a manifestarse en el terreno individual, el familiar y en los propios cuidados al paciente incapacitado.

La prevalencia de desórdenes del área psíquica alcanza un 50%, a menudo difíciles de verbalizar y definidos como somatizaciones o como términos vagos del tipo de desánimo o falta de fuerza. *(Gruszow, 2005)*

Entre los elementos causales de la aparición de desórdenes en esta esfera cabe destacar la propia incapacidad del paciente anciano, las tareas que debe realizar el cuidador, el impacto negativo de éstas sobre su calidad de vida y una pobre técnica de afrontamiento, que los convierte en más vulnerables.

Los cuidadores presentan una alta tasa de automedicación, especialmente de diversos tipos de psicofármacos y analgésicos.

No se ha demostrado, sin embargo, que exista mayor consumo de alcohol entre los cuidadores si los comparamos a la población de su mismo grupo de edad.

4.2.3. Problemas Socio-Familiar

En este ámbito aparecen frecuentemente conflictos familiares, como consecuencias de las obligaciones laborales (ausentismo, conflictividad laboral...), dificultades económicas y disminución de las actividades sociales y de ocio, debido a la gran cantidad de tiempo que dedican al cuidado del paciente, termina por sacrificar aquellas oportunidades que pueden tener de disfrutar de su tiempo libre, o para compartir con amigos y personas de su entorno más inmediato.

4.2.4. Problemas laborales

Las consecuencias del estrés también pueden afectar el ambiente laboral del cuidador, debido a que se irritan con facilidad, se sienten más tensos, les cuesta concentrarse, por tanto presentan tasas elevadas de ausentismo e incluso pueden llegar a perder su puesto de trabajo.

El bienestar del cuidador depende de su propia salud, de la ayuda que reciba de su familia (apoyo emocional y el reconocimiento de otros familiares), de la capacidad de las instituciones a adecuarse a sus necesidades, de la información que tiene sobre la enfermedad, la propia tarea de cuidar, su forma de enfrentarse a la situación de cuidado y el estilo de resolver los problemas y la capacidad para superar momentos complicados.

De acuerdo a una encuesta realizada en 1996 por la Asociación Nacional para Cuidados en el Hogar (National Association for Home Care), un promedio

de 22 millones de casas en Estados Unidos tienen por lo menos a un miembro que sin recibir pago, proporcionan algún tipo de cuidados a un familiar u otra persona de más de 50 años de edad. Tres cuartos de estos cuidadores son mujeres y cerca de un tercio tienen más de 65 años de edad.

4.2.5. Como se detecta el Síndrome del Cuidador

El cuidador, en situación potencial de poder sindromizarse, es una persona especialmente vulnerable, por lo que es preciso que en el ámbito de la Atención Primaria se realicen todos los esfuerzos encaminados a su detección precoz.

Se han propuesto varios instrumentos de medida, como el *Zarit Burden Interview*, el *Caregiver Stress Test* y el Índice de Esfuerzo del Cuidador (*Caregiver Burden Scale*), que se consideran especialmente útil para su uso en atención primaria.

Índice de Esfuerzo del Cuidador:

- Tiene trastornos del sueño (por ejemplo: porque se acuesta o levanta por la noche)
- El cuidado de su paciente es poco práctico (por ejemplo: porque la ayuda le consume mucho tiempo y tarda en proporcionarse)
- Esta situación le representa un esfuerzo físico (por ejemplo. porque hay que sentarlo o levantarlo de la silla)
- Le supone una restricción a su vida anterior (por ejemplo. porque ayudar limita el tiempo libre y no puede hacer visitas)
- Ha habido modificaciones en su familia (por ejemplo. porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad)
- Ha habido cambios en los planes personales (por ejemplo se tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones)

- Ha habido otras exigencias de tiempo (por ejemplo. por parte de otros miembros de la familia)
- Ha habido cambios emocionales (por ejemplo.. a cambio de discusiones)
- Algunos comportamientos del paciente le resultan molestos (por ejemplo. la incontinencia, le cuesta recordar las cosas, acusa a los demás de quitarles las cosas)
- Le duele darse cuenta de lo mucho que ha cambiado comparado a como era antes (por ejemplo. es una persona diferente a la de antes)
- Ha habido modificaciones en su trabajo (por ejemplo. a causa de reservarse tiempo para la ayuda)
- El enfermo es una carga económica
- La situación le ha desbordado totalmente (por ejemplo. por la preocupación sobre cómo continuar el manejo)

Como Se Aborda

La intervención en relación con los cuidadores es un trabajo en el que la interdisciplinariedad juega un papel fundamental, tanto dentro del equipo de Atención Primaria (donde resulta fundamental la actuación de la enfermería- tanto en la consulta ambulatoria como en la domiciliaria, trabajador social), como en la relación con los Servicios Sociales y el equipo de Salud Mental con el que quizá haya que contar tanto para la interconsulta como para la colaboración y seguimiento del propio cuidador para su apoyo y adecuación de sus sentimientos.

Un buen manejo del paciente con demencia y sus cuidadores permitirá realizar un trabajo preventivo a los tres niveles: En el primario evitando la aparición de los síntomas en el cuidador, en el secundario detectando precozmente su aparición y en el terciario ya que una vez detectados se puede intervenir para evitar la progresión de los síntomas y permitir así unos cuidados más adecuados y retrasar la institucionalización (ya que los sujetos del cuidado se encontrarán mejor en tanto sus cuidadores estén en buenas condiciones).

La intervención posible en relación con los cuidadores puede establecerse con arreglo a los siguientes apartados. (Cofen, 1999)

- Asistencia al anciano: cuidados, atención médica, higiene. Existen evidencias acerca de la relación entre el tratamiento farmacológico del paciente demente (con donepezilo o metrifonato) y la reducción de la puntuación en escalas (Caregiver Burden Scale) de sus cuidadores.
- Información acerca de la enfermedad: informar al cuidador acerca de la naturaleza de la enfermedad (pérdida irrecuperable de las funciones cognitivas y de las actividades cotidianas), evolución y situaciones emocionales que se producen, la necesidad de atención y manejo de problemas físicos, conductuales y psicológicos.
- Promover una reunión familiar, donde se situará el momento en que se encuentra la enfermedad y las perspectivas de futuro del paciente.
- Poner en contacto al cuidador principal con una Asociación de personas con su mismo problema (compartir un problema contribuye a mitigarlo). Este tipo de intervenciones demostraron retrasos muy significativos en la institucionalización de ancianos con demencia.
- Información al cuidador sobre la red de Servicios Comunitarios: puesta en contacto con los Trabajadores Sociales correspondientes y búsqueda de recursos apropiados para su caso particular.
- El cuidado del cuidador propiamente dicho, prestando atención a su autocuidado, tanto en su salud física (alimentación, sueño, ejercicio físico, hábitos de consumo) como psicológica (estado de ánimo, cansancio, cambios de humor)
- Cuidado y apoyo en situaciones de culpa y ambivalencia hacia el cuidado.
- Es fundamental que no renuncie a una parte del tiempo de ocio, favoreciendo la estructuración de un "tiempo de respiro", propiciado con un reparto de tareas con otros familiares o acudiendo a una institucionalización parcial.

- Mantener un estado de alerta durante todo el proceso del cuidado ante cambios importantes en la economía, situaciones de sobrecarga y cambio en las relaciones con la persona a cuidar.
- Poner especial atención a posibles situaciones de malos tratos, ya sean estos físicos, emocionales, sexuales, de abandono o de explotación material, que en algunas series llegan al 20% de los casos.

Recomendaciones generales para la prevención del síndrome del cuidador:

- Información regular al cuidador
- Accesibilidad para el cuidador en momentos de necesidad
- Indicaciones lo más claras posibles sobre el régimen de cuidados
- Favorecer la toma de tiempos de respiro
- Proporcionar información sobre Asociaciones y Redes de Apoyo Comunitario

4.2.6. *El cuidador del paciente con alzheimer*

Consideran necesario las autoras de este trabajo, hacer algunas precisiones sobre el término "cuidador", dada su importancia en el desarrollo y contenido final de la investigación.

"Cuidador" es un término acuñado para señalar a la persona que asume la responsabilidad de cuidar, atender y vigilar a las personas afectadas por una entidad específica, en este caso, la enfermedad de Alzheimer, que tan duros efectos produce en quienes, tristemente, se ven afectados por entidades tan limitantes como la mencionada anteriormente. (Coten, 1999)

Cuidador, puede ser un familiar, un amigo, una enfermera o, en fin, cualquier persona que asuma, en forma permanente, el seguimiento y atención del enfermo de Alzheimer. La importancia de este rol radica en que, el cuidador, es la persona más cercana al enfermo y, por consiguiente, el responsable no

sólo de su seguridad, sino del seguimiento medicamentoso, de la aplicación de terapias y de la toma de medidas dirigidas a garantizar la seguridad del enfermo.

Hacer las veces de preventor de accidentes, de cuidador, de escucha, de interlocutor; de depositario de secretos por razones éticas, su cercanía al enfermo, lo erige como la persona más autorizada para emitir conceptos sobre la evolución de la enfermedad, los efectos de los medicamentos, el comportamiento atípico del enfermo y, además, el cuidador en este caso es quien está llamado a detectar inicialmente los cambios que, en la evolución de la enfermedad de Alzheimer, se van dando en el paciente.

Es el cuidador quien puede enterar al psicólogo de los cambios, por mínimos que sean, que se van dando, de las nuevas manifestaciones de comportamiento del paciente, etc. También es el cuidador el encargado de la aplicación de terapias y de estrategias psicológicas, dirigidas a minimizar el impacto del Alzheimer en el enfermo, terapias y estrategias diseñadas por el profesional de la psicología, con fundamento, muchas veces, en los informes del mismo cuidador en relación con la evolución de la enfermedad.

Todo lo anterior hace del cuidador una persona muy especial. El cuidador es quien debe asumir la dura tarea de conducir, ayudar físicamente, asistir dialogadamente al enfermo y, en muchas ocasiones, también asumir el riesgo de la agresión física, ya que, como se ha expresado, el Alzheimer, aunque es una entidad plenamente identificada en sus características y efectos, tiene manifestaciones individuales, es decir, que se muestra de distintas maneras en cada enfermo. Es el cuidador quien debe identificar las condiciones individuales de su paciente para que, a partir de ello, tanto el médico como el psicólogo puedan direccionar sus acciones al logro de la mejor calidad de vida para el enfermo.

El enfermo mental es, generalmente, imprevisible en su accionar, aunque, generalmente, asumen patrones de conducta repetitivos, lo que el vulgo llama "temas", para referirse al comportamiento habitual de un enfermo mental. No obstante, el enfermo mental puede, en determinado momento, cambiar bruscamente su accionar, cambiando de una posición a otra totalmente contraria: de la risa inexplicable al llanto compulsivo; de la pasividad a la agresividad; del mutismo a la verborrea e, incluso, a lapsos de lucidez. Es ahí donde el cuidador muestra su capacidad profesional, su dedicación, su ética, cambiando también de actitud, en la medida en que lo hace el enfermo, buscando siempre la concordancia entre la acción de éste y las instrucciones de cuidado que recibe tanto del médico como del psicólogo.

Todo lo anteriormente expresado ha llevado a que el cuidador sea identificado plenamente en el tratamiento del enfermo mental. Tanto el médico como el psicólogo son conscientes de su importancia y, por ello, uno y otro han diseñado especies de manuales, en los que se expresa el ideal del cuidador, sus condiciones mínimas requeridas y, además, se imparten instrucciones sobre lo que debe hacer y lo que no debe hacer el cuidador, siempre en procura de lo mejor para el paciente.

Sobre este particular, se estima insertar en el presente trabajo, los aportes de algunos especialistas, entre ellos Jean Claude Barón, el cual, en asocio con otros profesionales, ha expresado, a manera de explicación sobre el comportamiento del enfermo de Alzheimer, lo siguiente:

"Los cerebros de pacientes seniles con hemorragias intracerebrales por angiopatía amiloidea cerebral esporádica tienen frecuentemente cambios histológicos de la enfermedad de Alzheimer. En este tipo de pacientes se da muchas veces la recidiva hemorrágica, o incluso la hemorragia múltiple (varias al mismo tiempo), sin conocerse del todo bien qué factores añaden fragilidad a la pared vascular, probablemente pequeños traumatismos, hipertensión arterial y otros. Tienen demencia de tipo Alzheimer, previa al sangrado, hasta el 40% de los sujetos que posteriormente fallecen a causa de una hemorragia por angiopatía amiloidea cerebral y son incluidos en estudios necrópsicos. (Feeney Y Barón J.C. 1986)"

No se requiere mayor esfuerzo para comprender que, un cerebro sometido a este tipo, puede reaccionar de imprevisibles formas y que, el comportamiento del enfermo de Alzheimer, no siempre resulta previsible, aun para el cuidador. De ahí que, como se expresó en líneas anteriores, los especialistas en medicina y psicología que se dedican al tratamiento de este tipo de entidades, hayan elaborado, manuales que son simples guías, ya que no pueden asumirse como camisas de fuerza, con el fin de ayudar al cuidador en su difícil labor. En todo caso, y en esto se quiere ser totalmente claras, es el cuidador el responsable del bienestar y la seguridad del paciente y ello, al tiempo, lo faculta para la toma de decisiones en determinados momentos, a la luz de su propio entender, máxime cuando no existe a la mano el profesional de la medicina o psicología, para darle el consejo o instrucción oportuna.

Con el tiempo, el cuidador podría brindarle mayores atenciones al paciente. Puede que comparta la responsabilidad con otros miembros de la familia o con amigos, o quizás se encargue de todo el mismo, inclusive hasta dedicar las 24 horas del día al cuidado de esa persona. Es probable que el cuidado de otra persona comprenda:

- ❖ Alimentarla o bañarla
- ❖ Ayudarla a usar el baño
- ❖ Supervisarle la toma de medicamentos
- ❖ Contratar a otras personas para que la cuiden
- ❖ Programarle toda la atención médica o
- ❖ Administrarle todos sus asuntos económicos y legales (*D. Wharehouse, 2003*).

Lo anterior permite comprender que el cuidador no forzosamente es un especialista en esta labor aunque, para efectos del estudio, realizado en el Instituto Geriátrico Siervas de Jesús, las autoras trabajan con personas especialmente entrenadas y dedicadas, es decir, con especialistas en el

cuidado de personas con deficiencias mentales, más concretamente, con pacientes de la enfermedad Alzheimer.

Una de las diferencias importantes para resaltar en este trabajo, es la diferencia que existe entre un familiar y un cuidador profesional. En primer lugar, al familiar lo une con el paciente un vínculo afectivo y, además, tiene la ventaja de que conoce al enfermo, en la inmensa mayoría de los casos, desde antes que comenzara a sufrir su afección mental. El cuidador profesional, por el contrario, toma al paciente con fundamento en una historia clínica y se sujeta a los mandatos e instrucciones de unos profesionales, de la medicina y psicología, aunque, obviamente, debe aportar su experiencia profesional y, más que ello, su ética y amor por el trabajo que realiza y que, se supone, escogió libremente.

Familiar o cuidador profesional, los especialistas consideran que el cuidador debe seguir, entre otras, las siguientes recomendaciones:

Es muy fácil caer en una actitud "protectora" cuando se cuida a otra persona, especialmente si se trata de un miembro de la familia. Pero es necesario comprender que a no ser que la persona esté pasando por un trastorno cognoscitivo (daño cerebral debido a un derrame cerebral, demencia u otro problema de salud), él todavía toma las decisiones sobre su vida. A veces, la persona podría tomar decisiones que el cuidador no tomaría, pero es su decisión. Esto puede ser difícil para el cuidador, pero debe éste tener cuidado y estar alerta para no caer en la sobreprotección.

Una de las necesidades humanas más importantes es el respeto y la dignidad y esta necesidad no cambia cuando la persona se enferma o queda discapacitada, de hecho, ésta podría incluso acentuarse más. Existen muchas cosas que el cuidador puede hacer para asegurar que la persona bajo su cuidado reciba respeto y dignidad, derecho básico de todo ser humano.

Respetar su privacidad física y emocional:

- _ Cerrar la puerta cuando lo ayuda a vestirse o a usar el baño.
- _ Tocar la puerta antes de entrar.
- _ No comentar información privada con otras personas, aunque sean miembros de la familia, sin su permiso.

Tratarlo con dignidad:

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

Nadie da lo que no tiene. Este viejo adagio aplica para el cuidador profesional, en el sentido que el mismo no puede pretender transmitir equilibrio y tranquilidad al paciente, si éstas no forman parte de su propio ser. Lo anterior, conlleva a que los especialistas, en algunos manuales, comiencen por hacer recomendaciones dirigidas a lograr que el cuidador cuide de sí mismo, en primer lugar, aunque no en el sentido egoísta que comúnmente sería de esperar se interprete, sino en cuanto a que, a partir de su propio equilibrio emocional y mental, estará en condiciones de ayudar realmente al paciente.

Cuidar de sí mismo:

Cuidar a otra persona es la responsabilidad más difícil que hay. Si bien cuidar a una persona trae muchas satisfacciones, existen sacrificios y

exigencias que podrían llegar a ser muy fuertes. Debido a que cuidar de una persona puede ser abrumador, es importante controlarse. Por lo general, es difícil saber cuánto tiempo deberá cuidar de esta persona o si la tarea se hará más exigente con el tiempo y es que este trabajo no viene con una descripción laboral.

Cuidar de las propias necesidades es tan importante como cuidar a la otra persona. Si el cuidador se enferma o se cansa mental o físicamente, no podrá
Cuidar de otros.

Sentimientos comunes:

Es normal que, de vez en cuando, los cuidadores se sientan tristes o desanimados. Ignorar estos sentimientos no hará que desaparezcan, sino que por el contrario podría acentuarlos.

Si se siente triste:

Se recomienda incluir algunas actividades agradables en la rutina cotidiana. Escuchar música. Dedicar cierto tiempo a disfrutar de paisajes, hablar por teléfono, y contar con el apoyo de otras personas.

Si se siente desanimado:

Tratar de ser flexible y aceptar aquello que no puede cambiar.

Si se siente atemorizado:

Hablar con alguien sobre lo peor que podría pasar y planificar lo que hará.

Planificar para el futuro ayudará a reducir su temor sobre lo que podría pasar.

Si se siente enojado:

Tomar un descanso y alejarse de la situación si es posible. Una breve caminata puede ayudar a temperar los ánimos. Si no se puede alejar, se recomienda detenerse e inhalar profundamente varias veces. El enojo que se experimenta debe ser enfocado hacia la situación que se vive y no hacia la persona que se está cuidando.

Sentimiento de culpa:

Es necesario reconocer lo que se hace bien. Ser realista sobre lo que es y no es posible. Concentrarse en una cosa que quiere mejorar y ser específico. “*Si tan solo la pudiera hacer comer*” no será de tanta utilidad como “Iré más despacio y haré más agradables las horas de la comida.”

Hable con alguien que le ayude a ver las cosas más objetivamente, quizás un amigo, otro cuidador o un consejero profesional.

Manténgase física y mentalmente saludable:

Asegurarse de tener una dieta saludable y hacer algo de ejercicio con tanta frecuencia como le sea posible. Una caminata rápida es una manera segura de aliviar el estrés.

Descanso:

Programar tiempo libre de manera regular. Para mantener la propia salud emocional y física es absolutamente necesario tomar un descanso de la tarea de cuidador.

Descanso apropiado:

Si la persona está despierta toda la noche y al cuidador le es imposible dormir, quizás sea necesario considerar la ayuda domiciliaria durante la noche o

un relevo nocturno. La falta de sueño del cuidador es una de los motivos más comunes por los cuales alguien ingresa a un hogar de reposo (Barón y Chetelat, 2003).

Adecuada alimentación:

Una buena dieta le dará más energía. Incluso una mejora en la dieta puede marcar la diferencia en el plazo de un año.

Protección contra infecciones:

Usar guantes desechables de látex si va a estar en contacto con algún fluido corporal.

Ser amable consigo mismo:

Reconocer lo que se hace bien. Hacerse un pequeño regalo cuando se siente decaimiento. Tomarse el tiempo para darse un baño caliente.

4.3 ALZHEIMER

Enfermedad de Alzheimer, enfermedad degenerativa progresiva del cerebro caracterizado por la desorientación y la pérdida de memoria, de atención y de la capacidad de raciocinio. Se considera la primera causa de demencia en la vejez. Fue descrita por primera vez por el neuropatólogo alemán Alois Alzheimer en 1906. Los porcentajes (número de casos por 100 individuos de 65 años o más) mundiales van del 0,6 en China al 10,3 en Massachussets (Estados Unidos). La incidencia de la enfermedad aumenta con la edad, pero no hay pruebas de que su origen esté en el proceso de envejecimiento. (Gruszow, 2005)

La esperanza media de vida de quienes padecen esta enfermedad está entre cinco y diez años, aunque en la actualidad muchos pacientes sobreviven

15 años o más debido a las mejoras conseguidas en la atención y tratamiento médico.

En 1978 se empezó a recomendar oficialmente en occidente la integración de la geriatría en la formación de los médicos. En muchos países, entre ellos España, la geriatría es una especialidad reconocida oficialmente. En los hospitales se han desarrollado unidades y servicios geriátricos, y se han establecido clínicas geriátricas para pacientes ambulatorios. Todos estos centros trabajan con un presupuesto fundamental: la mayoría de los problemas específicos de los ancianos no son curables, pues van implícitos en el envejecimiento; sólo son mejorables.

El problema más grave de los ancianos es el deterioro intelectual. En 1980 se calculó que un 10% de los pacientes mayores de 65 años presentaban un deterioro mental grave. No obstante, esto no es siempre inevitable: el envejecimiento no ha de llevar implícitos la demencia, la confusión, la depresión, las alucinaciones o las desilusiones. El deterioro intelectual es reversible en un 20% de los casos. Las alteraciones de la glándula tiroides, las alteraciones del sueño, las depresiones producidas por la muerte de seres queridos, las enfermedades metabólicas e infecciosas y los efectos secundarios de algunos tratamientos son causas tratables de alteración mental. Esta última causa es muy importante: los ancianos toman una media de 13 medicinas diferentes cada año. Muchos de estos fármacos interaccionan entre sí, presentan efectos tóxicos, o se metabolizan más despacio en los mayores, aumentando el riesgo de interferir con las funciones mentales. (*Echeverri, 1998*).

Las alteraciones mentales del anciano también pueden ser debidas a fenómenos irreversibles, como la degeneración cerebral enfermedad de Alzheimer. Este padecimiento no tiene curación; su curso es variable y conduce

a la muerte después de 5 a 10 años. Una situación similar se produce por accidentes vasculares cerebrales de repetición. (Echeverri, 1998)

Los ancianos también son más susceptibles a las enfermedades que se padecen a cualquier edad. Lo demuestra su mayor riesgo de muerte tras padecer simples gripes o enfriamientos. El calor excesivo también es peligroso: en la ola de calor de 1980 la tasa de defunción de ancianos fue diez veces mayor que la de personas de otras edades.

En la actualidad, el Alzheimer es tratado clínica y psicológicamente, dado el comportamiento degenerativo de la enfermedad en cuanto al aspecto psíquico del paciente y, por extensión, en lo físico, al afectar su calidad general de vida.

En general el dominio del tiempo físico y cronológico, sin el cual la memoria no puede organizarse, se caracteriza por la capacidad operacional independiente de la amnesia de registro y la capacidad de relatar eventos pasados, hay incapacidad de integrar el pasado y presente.

En la enfermedad de Alzheimer los trastornos de memoria en cuanto a los aspectos cognitivos se alteran con el progreso. Los pacientes en los estados iniciales comienzan a tener dificultad para aprender nueva información; de igual forma en la interacción con estos pacientes se puede observar que no reconocen bien el lugar donde se encuentran (desorientación espacial), en un estado moderado se presentan alteraciones más importantes de la función cerebral de estas personas, como la pérdida de la capacidad para reconocer ambientes familiares, aunque esta pérdida no es total ya que conserva su orientación personal y reconocer a la mayoría de sus familiares, suelen también confabular o dicen reconocer lo que realmente no reconocen a pesar de poseer funciones sensoriales intactas. (Sánchez, 1999).

En las instalaciones de la memoria, también se observa la dificultad para evocar nombres en tanto que la memoria antigua está mejor conservada. La memoria para hechos recientes es la primera que se reporta como un síntoma de la enfermedad, este problema puede manifestarse en incapacidad para realizar tareas que requieren la incorporación de nueva información, en hacer repetidamente las mismas preguntas y en olvidar la realización de las actividades cotidianas.

Una característica más consistente en estos pacientes, es la enorme dificultad para comprender instrucciones sobre tareas complejas. La dificultad en el aprendizaje de estos pacientes, origina una incapacidad para fijar huellas de memoria. Pero no solo los pacientes presentan alteraciones a nivel de memoria, sino de lenguaje, área en el cual no se ve significativamente afectada en el primer estado, ya que el paciente es capaz de mantener una conversación, comprender bien y utiliza aspectos sociales de comunicación (gestos, entonación, etc.) lo que no sucede en un estadio moderado, donde el individuo va a presentar afasia, en donde se le va a dificultar hablar. *(Goetsz, 2003)*

A medida que avanza la enfermedad, van decayendo funciones como es el cuidado en su higiene personal, que lleva consigo para vestirse o utilizar los cubiertos (apraxia) con lo que la dependencia de un cuidado es cada vez mayor, también las aficiones que tenía, actividades sociales y de ocio han perdido su valor, hasta el punto de mostrarse aburridos, somnolientos y realizando actos perseverativos como vagabundear, ordenar la ropa varias veces al día llegando a un estado severo. Estos pacientes suelen terminar en cama con alimentación asistida.

Existen dos tipos de enfermedad de Alzheimer: de inicio temprano y de inicio tardío. En el Alzheimer de inicio temprano, los síntomas aparecen primero antes de los 60 años. Este tipo de Alzheimer es menos común y se le atribuye una incidencia del 5% al 10% en la totalidad de los casos que se

conocen. Su particularidad consiste en que es tendiente a progresar con rapidez. (Cohen, 1991).

En necropsias practicadas a pacientes fallecidos, el tejido cerebral muestra "nudos neurofibrilares" (fragmentos enrollados de proteína dentro de las neuronas que las obstruyen), "placas neuríticas" (aglomeraciones anormales de células nerviosas muertas y que están muriendo, otras células cerebrales y proteína) y "placas seniles" (áreas donde se han acumulado productos de neuronas muertas alrededor de proteínas). Es de anotar, sin embargo, que estos cambios ocurren en cierto grado en todos los cerebros con la edad, pero en los enfermos de Alzheimer, se presentan mucho más pronunciados (Moreno, 1991).

Con la destrucción de las neuronas, se produce una disminución de los neurotransmisores o sustancias secretadas por una neurona para enviar los mensajes a otra neurona, cuyo equilibrio correcto es de vital importancia para el cerebro. Con los cambios, tanto estructurales como químicos en el cerebro, la enfermedad de Alzheimer parece desconectar áreas del cerebro que normalmente trabajan juntas.

4.3.1 Síntomas

En el inicio de la enfermedad, algunos síntomas son susceptibles de ser confundidos con signos de envejecimiento, razón por la que suelen no llamar la atención del enfermo ni de los miembros de la familia. Entre los síntomas más frecuentes se hallan:

- Repetición frecuente de enunciados
- Ubicación equivocada de cosas
- Dificultad para recordar el nombre de objetos conocidos
- Perderse en rutas conocidas

- Cambios de personalidad
- Perder interés por las cosas que antes se disfrutaba

Dificultad para realizar tareas que requieren algo de elaboración mental y que antes solían ser fáciles, como el control de cuentas personales y la realización de juegos de alguna complejidad.

En etapas más avanzadas de la enfermedad, los signos anteriormente mencionados se acentúan y se observan manifestaciones como:

- Olvidar detalles acerca de eventos corrientes
- Olvidar eventos en la vida personal, perdiendo conciencia de quién se es
- Problemas para escoger la ropa apropiada
- Alucinaciones, discusiones, repartir golpes y conducta violenta
- Delirio, depresión y agitación
- Dificultad para realizar tareas básicas como preparar alimentos y conducir
- En las etapas finales de la enfermedad, la persona ya no puede vivir sin ayuda.

Además, al llegar a esta etapa, la mayoría de los enfermos de Alzheimer:

- Ya no reconocen el lenguaje
- Ya no reconocen a los miembros de la familia
- Ya no son capaces de desempeñar las actividades básicas de la vida diaria como comer, vestirse y bañarse

Cambios del anciano a nivel psicológico

- Modificación de las estructuras cerebrales, cambios anatomofisiológicos del Sistema Nervioso y órganos de los sentidos.

- Modificación de las funciones cognitivas, Inteligencia, memoria, resolución de problemas, creatividad conservada, tiempo de reacción a estímulos.

Inteligencia: La edad no modifica de forma apreciable la utilización de las facultades mentales.

Hay una serie de condicionantes: educación, cultura, antecedentes personales, conocimientos y entrenamiento.

La inteligencia en el anciano se caracteriza por:

La estabilidad, integración de habilidades cognitivas.

Simplificación de respuestas cognitivas: se reemplaza "EL SABER", por la motivación es decir, ¿Qué debe saber?, ¿Por qué debe saber?

Memoria: tiene varias etapas:

- Memoria sensorial (recogida de datos).
- Memoria inmediata (corto plazo).
- Memoria de fijación (largo plazo).

Memoria a corto plazo en el anciano

El factor que influye para tener o no tener memoria es el interés Ejemplo: Si se le pregunta un anciano que comió ayer posiblemente te diga que no se acuerda, pero si se le pregunta cuantos días hace que no ve a su hijo o nieto seguro responderá exactamente cuando fue.

- Dificultad en análisis de datos, síntesis, comparación.
- Dificultad de evocación de sucesos recientes.
- Disminución de la memoria visual y aumento de memoria auditiva).

Memoria a largo plazo en el anciano:

- Importancia de los sucesos del pasado Ejemplo: las guerras etc.

Creatividad conservada

- Depende de su experiencia, de su motivación, de su entorno y de su salud.

- Del estilo de vida y de la energía que tenga.

Ejemplo: Pablo Picasso aun siendo mayor tenía estos tres requisitos.

Tiempo de reacción a estímulos

- Disminución de reflejos (menor eficacia).
- Dificultad de transformar los estímulos verbales en imágenes mentales.
- Enlentecimiento de la respuesta ante los estímulos, es más lento el hombre que la mujer.

Resolución de problemas y creatividad

- Disminución para utilizar estrategias nuevas.
- Pensamiento más concreto que abstracto.
- Mayor prudencia en la toma de decisiones
- Mayor rigidez en la organización del pensamiento.
- Disminución discriminación de información.
- Tendencia a mantener sus hábitos o estrategias poco pertinentes, Ejemplo: comer sin sal, ducharse acompañado.
- Repetición.

4.3.2. Modificaciones afectivas

Emociones (afectividad)

Sentimientos de inutilidad, Sentimientos de impotencia ante situaciones determinadas, especialmente pérdidas, amigos, familiares, trabajo, salud.

Motivación

Tiene que ver con la memoria, Ligada a la capacidad de mantener actividades satisfactorias o no, Ocupar el tiempo, Influenciada por el entorno.

Personalidad

Agudización de todos los rasgos de personalidad que han tenido durante la vida en condiciones normales. Factores que pueden influir: Salud física y mental, Antecedentes, actitudes desarrolladas a lo largo de la vida, Pertenencia a un grupo, Identidad social, intereses y rol, Interacciones familiares actuales y pasadas, Situación de vida, Madurez emocional, capacidad de adaptación a los cambios.

4.3.3. Tratamiento

La enfermedad de Alzheimer no es curable, razón por la que el tratamiento se orienta, más que todo:

- Disminuir el progreso de la enfermedad
- Manejar los problemas de comportamiento, confusión y agitación
- Modificar el ambiente del hogar
- Apoyar a los miembros de la familia y otras personas que brindan cuidados

Hay, sin embargo, tratamientos más prometedores, que incluyen cambios en el estilo de vida, medicamentos y suplementos antioxidantes como ginkgo biloba y vitamina E.

Cambios en el estilo de vida:

Se pueden tomar medidas orientadas al cambio en el estilo de vida del paciente, tales como:

- Participar en un programa de caminatas supervisadas con un tutor u otra compañía confiable. Esto puede ayudar a mejorar las habilidades de comunicación y disminuir el riesgo de andar deambulando.
- Utilizar la terapia de luz brillante para ayudar a reducir el insomnio y el deseo de deambular.
- Escuchar música relajante que puede reducir los intentos por deambular y la inquietud, incrementar los químicos cerebrales, mitigar la ansiedad, aumentar el sueño y mejorar la conducta.
- Conseguir un perro como mascota.
- Practicar técnicas de relajación
- Recibir masajes regulares que no solamente pueden ser relajantes sino que suministran también una forma de interacción social

Existen, además, varios medicamentos disponibles para retardar el progreso de la enfermedad y, posiblemente, mejorar las capacidades mentales de la persona. Estos son, entre otros: donepezil (Aricept), rivastigmina (Exelon) y galantamina (Razadyne, antiguamente llamado Reminyl) y tacrina (Cognex). (Gotees, 2003).

No obstante, todos estos medicamentos afectan el nivel de acetilcolina (un neurotransmisor) en el cerebro y todos tienen efectos colaterales potenciales como náuseas y vómitos. La tacrina también produce una elevación de las enzimas hepáticas y debe tomarse cuatro veces al día. Hoy en día se usa rara vez.

El Aricept se toma una vez al día y puede estabilizar o incluso mejorar el funcionamiento cognitivo, además, generalmente se tolera bien. El Exelon, un nuevo medicamento, muestra una efectividad similar y se toma dos veces al día.

En los casos en que se presentan comportamientos agresivos, puede ser necesaria la administración de medicamentos tendientes a la sedación del paciente. Estos medicamentos pueden generar efectos colaterales.

Puede ser necesario suspender medicamentos en caso de empeoramiento de la confusión, como analgésicos, cimetidina, depresores del sistema nervioso, antihistaminas, pastillas para dormir y otros. Sin embargo, los medicamentos Las decisiones en este sentido, deben ser tomados, en todo caso, por el médico.

Las personas con AD tienen problemas de memoria e impedimentos cognoscitivos (dificultades para pensar y razonar), y eventualmente no estarán en capacidad de cuidar de sí mismos. Pueden experimentar confusión, pérdida del juicio y dificultad para encontrar las palabras, completar las ideas o seguir instrucciones. También pueden experimentar cambios de personalidad y comportamiento. Por ejemplo, pueden tomarse agitados, irritables o muy pasivos. Algunos pueden deambular fuera de casa y perderse. Es posible que no puedan ver la diferencia entre el día y la noche, y que se levanten, se vistan y salgan de la casa en medio de la noche, convencidos de que el día acaba de empezar. Pueden sufrir pérdidas que afectan la visión, el olfato o el gusto.

Estas incapacidades son muy difíciles, no solamente para la persona que padece de AD, sino para quien la cuida, para la familia y para otros seres queridos. Los encargados del cuidado de la persona enferma necesitan los recursos y la reafirmación de que aunque el reto sea grande, existen acciones específicas que se pueden tomar para reducir algunos de los riesgos de seguridad que acompañan la enfermedad de Alzheimer. (*Morales, 2000*).

5. VARIABLES

5.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Actitud

Representa una determinante de primera importancia de orientación del individuo con respecto a su medio social y físico. Tener una actitud implica estar listo a responder de un modo dado a un objeto social.

Una actitud implica que hay una motivación despierta y una acción movilizadora para acercarse o evitar el objeto. El término actitud denota la organización de sentimientos, de las creencias y de las predisposiciones de un individuo para comportarse de un modo dado (*Barón, 1989*).

Para efectos de este estudio, la actitud se operacionaliza desde la variable afectiva, comportamental y cognitiva, tal como se muestra en el cuadro de operacionalización siguiente:

5.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL

<i>VARIABLE</i>	<i>DIMENSIÓN</i>	<i>DEFINICIÓN</i>	<i>ÍNDICES</i>
ACTITUD	AFECTIVA	Conjunto de sentimientos, emociones y pasiones de una persona.	Simpatía Empatía Vínculo antipatía
	COMPORTAMENTAL	Es la posición que asume el individuo en sus relaciones interpersonales y con relación a normas establecidas de convivencia.	Aceptación Participación Sujeción a normas de convivencia. Interacción social
	COGNITIVA	Relativa al conocimiento.	Saber Ignorar Indagar Pensar

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1. PARADIGMA

El estudio realizado se desarrolló con base en el paradigma empírico analítico, también llamado formal o racionalista, emerge dentro de un marco positivista por Augusto Comte, la base de esta visión es tener en cuenta la observación, medición, control, descripción, predicción y verificación de todo evento o fenómeno que se pretenda estudiar.

Por tal motivo, el presente trabajo pretende describir las actitudes que asumen los cuidadores frente al paciente con demencia tipo alzheimer, para ello se tendrá en cuenta los referentes conceptuales de investigación y su respectiva recolección de la información para luego dar un análisis y descripción de datos obtenidos.

6.2. TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio utilizado es el descriptivo porque comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual y la composición o procesos de los fenómenos. En este caso realizar una descripción de los tres componentes de las actitudes, el afectivo, comportamental y cognitivo de los cuidadores frente a los pacientes con demencia tipo alzheimer. El enfoque se hace sobre conclusiones dominantes o sobre cómo una persona, grupo o cosa se conduce o funciona en el presente; la investigación descriptiva trabaja sobre realidades de hechos y su característica fundamental es la de presentamos una interpretación correcta. (*Sampieri, 2003*)

6.3. DISEÑO

El diseño descriptivo muestra las características de un hecho sin intentar dar una explicación entre las relaciones existentes entre los elementos de dicho fenómeno. (*Sampieri, 2003*). Se realiza una descripción de las actitudes de los cuidadores teniendo en cuenta los componentes que la conforman el afectivo, comportamental y cognitivo.

6.4. POBLACION

La población la conforman doce cuidadores profesionales, que prestan servicios en el Instituto Geriátrico Siervas de Jesús. Se trata de cuidadores de sexo femenino en su totalidad, que tienen una experiencia mínima de cinco años, al servicio de la institución.

Estos cuidadores son personas debidamente entrenadas en la institución, es decir que, aparte de su formación académica y profesional, han sido sometidos a entrenamientos institucionales, con el fin de que conozcan los parámetros de comportamiento corporativos, los protocolos establecidos en el Instituto para efectos del cuidado de enfermos, de distintas entidades.

6.5. MUESTRA

De los doce cuidadores, sólo tres de ellas se dedican al cuidado de enfermos de Alzheimer. Esto llevó a las investigadoras a asumir una muestra censal (*Méndez, 2002; Hernández, 1999*), es decir, trabajar con el total de la muestra disponible, teniendo en cuenta que, en primer lugar, la muestra es altamente significativa, puesto que representa un 25% del total de la población

y, porque, el número (tres) es manejable desde el punto de vista de la Observación Directa No Participante (Sabino, 1996).

6.6. TÉCNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN

Para efectos de recolección de información, se realizaron dos procedimientos en un primer momento la observación durante dos días sin intervención alguna en la población, o sea observación directa no participante y posteriormente se aplicó la técnica de entrevista estructurada, es decir, que el mismo modelo fue aplicado a cada uno de los conformantes de la muestra, con el fin de poder clasificar la información por parte de las investigadoras.

El texto de las preguntas aplicadas en la entrevista, fue el siguiente:

En lo afectivo:

1. ¿Siente usted qué es la persona adecuada para atender a un paciente con demencia, tanto en lo físico como en lo mental y lo social?
2. ¿Qué sentimientos le generó a usted la primera experiencia del cuidado en los pacientes con demencia tipo alzheimer?
3. ¿Qué factores emocionales la identifica a usted con el paciente?
4. ¿Cómo se siente haciendo su trabajo?
5. ¿Cómo se siente usted en las situaciones de olvido del paciente?
6. ¿Alguna vez ha llegado a experimentar sentimientos de tristeza frente a las condiciones que le exige su trabajo?
7. ¿Se ha sentido usted en algún momento aislado del mundo exterior por su labor?

En lo comportamental:

8. ¿En qué ha cambiado su vida, tanto positiva como negativamente, desde que se dedica a esta labor?
9. ¿Qué servicios específicos proporciona como cuidador del paciente?
10. ¿Qué hace usted cuando el paciente no puede dormir y solicita constantemente de su atención?
11. ¿Cómo reacciona usted ante los cambios de estado de ánimo del paciente?
12. ¿Qué actividades realiza en su tiempo de descanso?
13. ¿Fuera de los cuidados que le brinda al paciente que otras actividades realiza con él?

En lo cognitivo

14. ¿Por qué cree que las características que tiene le favorecen para cuidar a un paciente con demencia?
15. ¿Si tuviera oportunidad de desempeñarse en algo diferente, en qué sería y por qué?
16. ¿Por qué decidió desempeñarse en ésta y no en otra profesión?
17. ¿Qué conocimientos son necesarios para propiciarle el mejor cuidado a las personas con demencia tipo Alzheimer?
18. ¿Qué características posee usted para realizar este trabajo?
19. ¿Aparte de su experiencia, por cual otro medio ha obtenido información sobre la enfermedad y los cuidados que debe prestar al paciente?
20. ¿Qué piensa usted de su labor como cuidador de pacientes con Alzheimer?
21. ¿Cuáles son sus mejores experiencias en el ejercicio de cuidador de pacientes con Alzheimer?

7. PROCEDIMIENTO

Para llevar a cabo esta investigación se realizó la selección del tema de acuerdo al interés de las investigadoras y la experiencia previamente adquirida en las prácticas de séptimo semestre.

Seguidamente se realizó la delimitación temática con base a la bibliografía preliminar que se tenía de referencia; se seleccionaron las estrategias metodológicas que sería de apoyo al proyecto, por lo que se hizo necesario seleccionar el tipo de investigación y los objetivos.

Una vez seleccionado el Instrumento que se utilizaría para la recolección de los datos y así mismo avalados por el tutor se contactó, la población y se solicitó la respectiva autorización para la aplicación del instrumento.

Después de haberse aplicado el instrumento (entrevista) se procedió a la interpretación de los resultados, teniendo en cuenta los indicadores operacionales y la observación hacia la población.

Por último se formularon las conclusiones respectivas así como las recomendaciones para el informe final de esta investigación.

8. RESULTADOS

Teniendo en cuenta que las actitudes están conformadas por tres dimensiones: la afectiva, comportamental y la cognitiva cada uno de estos componentes le dan un valor, una intensidad y una importancia a estas actitudes. (*Baron, 1989*), es importante entonces resaltar lo encontrado en cada una de ellas:

8.1. DIMENSION AFECTIVA

- Los cuidadores sienten que son las personas adecuadas para atender a los pacientes tanto en lo físico, mental y social. Además manifiestan sentir simpatía hacia las personas que tienen a su cargo, sienten que ellos son las personas adecuadas para el cuidado permanente de ellos, expresan constante afecto lo que se ve reflejado en la actitud maternal hacia los pacientes cual niño indefenso, lo que se pudo ver durante el proceso de observación con la dedicación durante la hora de la merienda en el comedor.
- Los sentimientos generados en los cuidadores en su primera experiencia fueron de empatía; es decir, un cúmulo de sentimientos de tristeza al ver no solo en la teoría sino en la práctica las consecuencias del deterioro mental de esta enfermedad.
- Los factores emocionales que identifican a los cuidadores con el paciente son de vinculación afectiva muy arraigada hacia las personas que cuidan, tal es así que los consideran parte de su propia familia; suelen identificarse con la ternura, el cariño que de una u otra manera suelen

expresar los pacientes, la amabilidad y la alegría que sienten cada vez que ellas llegan al iniciar un nuevo día de trabajo.

- Los cuidadores manifiestan estar satisfechos, felices y muy animados con la labor que realizan, debido que esto les ha generado apego, cariño con cada uno de sus pacientes, además de la retribución económica con la cual han sacado a delante a su familia, que también es partícipe de los cuidados. Esto se debe a que los familiares de los cuidadores asisten con ellos en algunas ocasiones para interactuar con los pacientes a quienes les dicen abuelitos.
- La sensación que experimentan los cuidadores ante las situaciones de olvido, es de mucha tristeza y agravio al ver como cada día se van deteriorando las funciones cognoscitivas del paciente; son tolerantes y persistentes al enseñar o explicarles a ellos qué es lo que sucede a su alrededor Ej. por qué toma los medicamentos, la razón por la cuál se encuentran en la institución, cuando olvidan haberse alimentado o cuando recuerdan y preguntan por sus familiares.
- Los cuidadores en su mayoría han experimentado sentimientos de tristeza por aquellas condiciones que su trabajo les exige, debido que en ocasiones no pueden compartir con sus familiares, lo cual les genera un poco de desagrado. Pero a la vez manifiestan estar felices con la labor que realizan y dicen que comentarle a su familia sobre su trabajo sirve de mucho.
- Los cuidadores manifiestan sentirse aislados del mundo exterior debido a la labor realizar. Así lo expresan dos de ellos, en la medida en que su familia en ocasiones pasa a un segundo plano; para ellos el compartir con ella es esencial y fundamental, pero también entienden que su trabajo es importante por tal motivo vinculan a su hijos con los pacientes;

por otro lado una de las cuidadoras expresa sentirse bien con su labor y no se siente afectado por las actividades que debe realizar.

8.1.2 DIMENSION COMPORTAMENTAL

- Los cuidadores manifiestan un cambio en su vida positivamente, un comportamiento de aceptación ante todas las situaciones que esta labor le ha dado a su vida a nivel personal, familiar y laboral, ya que esta ha contribuido a la formación de cada uno de los integrantes de su familia, fortaleciendo los valores y apreciando al adulto mayor, porque en la sociedad actual se denigra mucho a esta población.
- Los cuidadores al proporcionar los cuidados específicos asumen las conductas propias de las actividades correspondientes a su labor con un respectivo itinerario, en todo lo que tiene que ver con la alimentación, teniendo en cuenta las recomendaciones de un nutricionista y utilizan estrategias como el juego del avioncito y reforzamiento positivo como decirles ¡qué bueno! ¡Te ganaste un beso! ¡Un abrazo de oso! el vestuario, la limpieza y el suministro de medicamentos de cada paciente, todo esto es realizado con dedicación, paciencia, afecto ya que este trabajo lo amerita
- Los cuidadores cuando el paciente no puede dormir y solicita constantemente de su atención manifiestan un comportamiento participativo acorde al cumplimiento de las funciones no importando la hora o el día en que lo tengan que realizar; de tal manera que si los pacientes no pueden dormir ellos se dedican a hablar con ellos y decirles que deben dormir para estar descansados, les leen cuentos o les dicen que les comente algo sobre su vida para que así puedan recuperar el sueño. Además de ser importante para los pacientes que los escuchen,

en algunas ocasiones suelen caminar un rato por los pasillos de las instalaciones cuando así el paciente lo quiere y las condiciones lo permitan.

- Ante los cambios de ánimo de los pacientes los cuidadores muestran aceptación, entendiéndolos como parte del proceso de la enfermedad que padecen; en algunas ocasiones cuando estos cambios se presentan especialmente a la hora de vestirse y tomar medicamentos los cuidadores suelen tranquilizarlos con palabras como "después de esto jugamos" "vamos a caminar un rato ", "cámbiate para salir al parque y comer un helado".
- Las actividades que realizan en su tiempo de descanso son aprovechar al máximo su tiempo libre, expresan que en estos momentos se divierten y tratan de esparcirse vinculándose con las personas allegadas a ellos, "salgo con mis hijos a comer helado, a visitar a mi mamá".
- Fuera de los cuidados que el cuidador le brinda al paciente ellos manifiestan participar, en actividades lúdicas que le permitan al paciente generar cierto grado de recordación sobre algunos objetos, además comentan que lo mejor es charlar con ellos, escucharlos y hacer que ellos escuchen.

8.1.3 DIMENSION COGNITIVA

- En general los cuidadores piensan que tienen todas las características y habilidades idóneas para el desempeño de su labor y consideran que no les hace falta nada para realizar las tareas que le son asignadas, lo que se corrobora con el tiempo que llevan laborando en la institución y la observación realizada por las investigadoras.

- En la oportunidad de desempeñarse en algo diferente dos cuidadoras de la totalidad de la muestra saben y tiene la certeza de seguir desempeñándose en la labor que escogieron; sin embargo, una de las cuidadoras manifiesta desarrollarse en otra labor en algún momento de su vida o montar su propio negocio, a pesar de la gran ayuda que esta le ha brindado para ella y para toda su familia.
- En la decisión de desempeñarse en esta y no en otra profesión los cuidadores revelan tener convicción a la hora de desempeñarse en esta profesión. Dicen no arrepentirse de haber escogido esta carrera ya que ella le genera satisfacción tanto personal como profesional; se evidenció coherencia entre las manifestaciones gestuales y el contenido verbal ante la pregunta, mostrando una actitud de agrado, satisfacción y completa vocación en los cuidados meticulosos suministrados pacientes.
- Los cuidadores expresan tener conocimientos propios de su carrera que les han dado base para el desarrollo en lo práctico. Sin embargo, reconocen que la búsqueda de nueva información es de vital importancia para el desenvolvimiento de su labor; ésta la realizan buscando en Internet y preguntando a la doctora en cargada de los pacientes y a las practicantes.
- Una de las características que poseen los cuidadores para realizar este trabajo es la paciencia acompañada de la disciplina, el amor y el saber comportarse ante las situaciones presentadas por los pacientes.

- A parte de la experiencia los cuidadores han obtenido información sobre la enfermedad mediante la indagación, realización de preguntas, búsqueda e investigación sobre los nuevos avances de la medicina y de los cuidados para mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- Los cuidadores piensan que su labor como cuidadores de pacientes con demencia tipo alzheimer es muy altruista, positiva y de gran ayuda para las personas a quienes cuidan ya que van junto con los cuidados le brindan afecto y comprensión.
- Las mejores experiencias en el ejercicio del cuidado, es la gratificación afectiva no solo por parte de los pacientes sino de los familiares del mismo, pero también especifican que la primera experiencia fue tanto agradable como desfavorable, debido que era pasar de el conocimiento teórico a lo practico.

8.2 ANALISIS DE RESULTADOS

A través de todo lo observado durante este proceso se puede decir que lo expresado por las cuidadoras se corrobora con la realidad de sus funciones, ya que se destaca en ellas la entrega hacia su trabajo lo que permite una buena atención por parte de ellas hacia los pacientes.

Se observó de manera notable una vinculación afectiva que en algunos casos genera una dependencia total de los pacientes. Resaltado en las caricias y la manera de expresarse, lo cual va más allá de estar pendientes de su aseo y cuidado personal.

El contacto físico es más afectuoso, lo que genera en los pacientes una reacción positiva. Incluso, se pudo notar en un fin de semana donde a las cuidadoras les correspondía su descanso, como reaccionaban los pacientes ante esta situación al sentirse solos durante un día, en donde ellas los consienten más de lo acostumbrados y les traen dulces o algún regalo para contentarlos. La percepción en consenso del grupo de esta situación es que se da un vínculo afectivo muy arraigado.

En el espacio del comedor, en la hora de las medias tardes o merienda, se observó una buena atención hacia los pacientes. El comportamiento apreciado es igual a los cuidados que proporciona una madre a un niño indefenso, acompañado de un respaldo oportuno para la administración de los alimentos y medicamentos. Es notable el ritmo disciplinario de los cuidadoras lo cual indica la confiabilidad del trabajo de las cuidadoras, requisito necesario para laborar dentro de la institución.

A la hora de salir de sus habitaciones al patio para recibir sus alimentos o las tres de la tarde que toman aire puro hasta las cinco, realizan actividades ocupacionales y/o lúdicas obviamente las que puede realizar el paciente como: jugar cartas, leerles cuentos, trabajar con plastilina, recordarles las vocales y como utilizar los elementos de aseo, es importante mencionar que las observaciones realizadas se hicieron ajustadas al cronograma de la institución y sin que la población, hablese de las cuidadoras se sintieran intimidadas y actuaran con naturalidad.

De acuerdo con los conocimientos que tienen, la aplicabilidad de estos es diaria y constante; ya que como ellas mismas expresan han aprendido más de la enfermedad, laborando que durante su preparación académica.

Actitud del Cuidador 69

Se evidenció congruencia entre lo manifestado por los cuidadores en sus respuestas a la entrevista y las apreciaciones manifestadas por las autoridades de la institución, especialmente las compañeras de trabajo quienes expresaron sentir admiración hacia ellas ya que consideran que cuidar a una persona con alzheimer merece de mucha dedicación, paciencia, tolerancia y sobre todo afecto. “Se han consagrado en cuerpo y alma al trabajo que desempeñan”.

CONCLUSIONES

Con esta investigación se puede concluir que en el componente afectivo se evidencia en los cuidadores la tendencia a experimentar sentimientos favorables, positivos, empatía, simpatía y vínculo frente a los pacientes con demencia tipo alzheimer.

Se considera que estos sentimientos van acorde con el perfil idóneo de un cuidador para llegar así a satisfacer y cumplir con los cuidados necesarios para incrementar la calidad de vida. Siendo esto fundamental en la atención a los pacientes en el Instituto Geriátrico, porque de esta manera se produce un efecto en cadena en la medida en que genera sensaciones positivas y de agrado por parte del paciente y de la familia de los mismos.

Se puede destacar que las cuidadoras han generado gran vínculo afectivo hacia estas personas, considerándolo así parte de su núcleo familiar, debido a que pasan la mayor parte del tiempo con ellos, comparten sus tristezas, emociones, alegrías e incluso llegan a experimentar una colcha de retazos emocionales que cada día hace parte de su ser y hacer.

En cuanto al componente comportamental la disposición a actuar de determinada manera, tiene de base lo afectivo y los contenidos cognitivos, los cuales se evidencian cuando los cuidadores presentan actividades que van encaminadas a incrementar la calidad de vida de los pacientes. Aceptan y asumen con profesionalismo las funciones propias de su roles, así mismo las normas y el comportamiento ético que cada una de las cuidadoras debe cumplir a cabalidad dentro de las institución.

Actitud del Cuidador

Se observa que con la larga experiencia de estas personas existe una respuesta ya condicionada ante situaciones tales como: insomnio, falta de apetito, olvidos y todas aquellas manifestaciones proporcionales a la demencia tipo alzheimer que requieren de ellas una respuestas inmediatas.

Por otro lado en el componente cognitivo se enmarca toda la información, creencias e ideas que se tengan de los hechos u objetos independientemente si es precisa o no. En el Instituto Geriátrico Siervas de Jesús de la ciudad de Barranquilla se encontró que los cuidadores poseen gran información acerca de la demencia tipo alzheimer, cómo ésta va deteriorando día a día las funciones físicas y mentales de los pacientes que tienen a su cargo, se apropian de estos conocimientos y lo llevan a la practica de forma eficaz con convicción, paciencia y disciplina.

Le conceden gran importancia a la continua preparación teórica acerca de los nuevos avances de la medicina o terapia ocupacional concernientes a la demencia tipo alzheimer para poder estar a la vanguardia y ser competitivas en lo que respecta a los cuidados necesarios de las personas que tienen a su cargo.

Durante el proceso se permitió conocer las diversas implicaciones que tiene el rol de cuidador en una institución, donde se observa que esta labor va mucho mas allá del simple cumplimiento de sus funciones, sino que estas personas manejan una vinculación afectiva estrecha lo que permite resaltar que la decisión de ejercer esta profesión es meramente vocacional, lo que lleva a las cuidadoras a manejar una realización profesional y personal. Esto se complementa de manera integral en la dimensión afectiva de las actitudes que se logró identificar en ellas.

DISCUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las autoras se permiten recomendar en primera instancia al cuidador lo siguiente:

- Manténgase física y mentalmente saludable

Se recomienda a los cuidadores establecer una dieta saludable y haga algo de ejercicio con tanta frecuencia como le sea posible. Una caminata rápida es una manera segura de aliviar el estrés.

- Descanso apropiado

Es de suma importancia que el cuidador tenga un descanso adecuado por tal motivo sería bueno establecer una ayuda domiciliaria durante la noche o un relevo nocturno.

- Adecuada alimentación

Establecer una buena dieta le dará más energía. Incluso se sentirá reanimado consumiendo los alimentos adecuados para su organismo.

- Aprovechar el tiempo

Compartir los ratos libres con sus familiares es bueno para la revitalización del afecto, por tal motivo se recomienda salir con su familia, charlar entre otras actividades.

- Realizar deportes

Tener una rutina no importa si el tiempo es corto, caminar o trotar es bueno para la salud y genera energía en nuestros organismos. (*Barón, Chetelat. 2003*)

Actitud del Cuidador

A la institución:

- Se recomienda mayor apertura en el manejo de la información por parte de investigadores que puedan aportar conocimientos para el bienestar de los pacientes y una mejor prestación del servicio social que las ha caracterizado.
- Se sugiere mantener al personal de planta dentro de la institución ya que estos cumplen con las expectativas y demandas de las necesidades de los institucionalizados.

A la Universidad:

- Se recomienda a la Universidad incentivar a la comunidad estudiantil a la realización de investigaciones de este corte para el enriquecimiento de la temática, que es de suma importancia para la preparación integral de los psicólogos.
- Dotar de material bibliográfico sobre los nuevos avances de los temas aquí tratados tales como alzheimer, actitudes y cuidador.
- Se recomienda a la comunidad estudiantil identificar con exactitud la temática a tratar, la metodología y viabilidad de la investigación para en un futuro evitar posibles inconvenientes que de alguna manera interfiera en el proceso de investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- ALZHEIMER'S DISEASE Fact sheet. (2005). Alzheimer's Association. Michigan.
- BARÒN, Bregine. (1999). Psicología social. México: Red Grupo Norma,.
- BARON, ROBERT.(2000). psicología aplicada. Primera Edición. México; MC Grau Hill,
- BERNARD, Michael. (1994). El cuerpo un fenómeno ambivalente. Barcelona: paidós.
- BERMEJO F, Rivera J, Pérez del Molino F. (1997). Aspectos familiares y sociales en la demencia. Med Clín (Barc); 109:140-146.
- BRINTON, RD.A. (1999). Alzheimer's disease and strategies for maintaining cognitive health. Int J Fertil Womens Med. Jun-Aug; 44(4):174-85.
- BROE, CREASEY. (1998). Health habits and risk of cognitive impairment and dementia in old age: a prospective study on the effects of exercise, smoking and alcohol consumption. Aust N Z J Public Health. Aug; 22(5):621-3.
- BUNGE, Mario. La ciencia y su método. Bogotá: Buho. S.f. 2000
- CANAL, RAMIREZ. (1998). envejecer no es deteriorarse. Séptima edición. Bogotá; la oveja negra.
- CENTRO DE RECURSO para el discapacitado. (1999). 607 SE Everett Mall Way, Suite 17 Everett, WA 98208 425/347-5768.
- COHEN, Gene y CARTON BILBAO, Elena. (1991). Envejecimiento cerebral. Desclee de Browner..
- COTEN, Johan Carles. (1999). Atención domiciliaria, organización y practica. Editorial Barcelona springer y biblioteca de psicología. Iberica.
- CRAWFORD JG. (1996). Alzheimer's disease risk factors as related to cerebral blood flow. Med Hypotheses. Apr; 46(4):367-77. Review.
- DSHS Warehouse. (2003). P.O. Box 45816. Olympia, WA 98504-5816. FAX 360/664-0597. Disponible en Internet en: DSHSFPW@dshs.wa.gov

Actitud del Cuidador

- ECHEVERRI, Ligia ángel, F. (1998). Familia y vejez. Edición. Bogotá; multiletras
- FEENEY DM, BARON JC. (1986). Diaschisis. *Stroke*; 17: 817-830.
- GOETZ CG, PAPPERT EJ. (2003). *Textbook of Clinical Neurology*. 2 Ed. Philadelphia: PA: Saunders;
- GRUSZOW, Sylvie. (2005). Fragmento de El aluminio y la enfermedad de Alzheimer. En: Centro de Consulta Virtual Encarta.
- GUIDES OF THE ILLNESS OF ALZHEIMER. (2000).The information that you need to now. Ynr/rdonlyres/A4BE93O8-3222-4B21-970E-53EEA91655CE/10762/lcon_pdf.gif.
- HERNÁNDEZ SAMPIERI, R. (1999). Metodología de la investigación. Bogotá: Mc Graw Hill.
- JUNQUE, Carmen. JURADO, Angeles M. (1995). Envejecimiento y demencia. Editorial libros universitarios roca martinez y bibliotecas de psicología y psiquiatria.
- KHALSA DS. (1998). Integrated medicine and the prevention and reversal of memory loss. *Altern Ther Health Med*. Nov;4(6):38-43. Revie.
- LAURIN D, VERREAULT R, LINDSAY J, MacPherson K, ROCKWOOD K. (2001). Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly.
- MEGÍDO MJ, Espinás J, Carrasco RM, Copetti S, Caballé E (1999). La atención de los cuidadores del paciente con demencia. *Aten Primaria*; 23:493-5.
- PARKS SM, Novielli KD. (2000). A practical guide to caring for caregivers. *Am Fam Physician*; 62:2613-20.
- PASCUAL Y BARRES G. (1999). Guía para el cuidador de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Zaragoza: Certeza.
- PÉREZ Trullen JM, Abanto Alda J, Labarta Mancho J. E.(1996).l. síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia). *Aten Primaria*; 18:194-202.
- REALES Utria, Adalberto. (200). Socio investigación. Primera edición.

Actitud del Cuidador

- ROBINSON, BC. (1983). Validation of a caregiver strain index. J Gerontol; 38; 344-348.
- SANCHEZ SALGADO, Carmen. (1999). Gerontóloga social. Edición, Buenos aires. Espacio.
- MATTSON, MP. (2000). Neuroprotective signaling and the aging brain: take away my food and let me run. Brain Res. Dec 15; 886(1-2):47-53. Review.
- MENDEZ, Carlos. (2002). Metodología de la Investigación. Bogotá: MC Graw Hill.
- MORALES, S, J. (2000). Las demencias: aspectos clínicos, neurológicas cualitativas. Primera edición. México.
- MORENO, Fernando. (1991). PLAN INTEGRAL DE LA VEJEZ (CATALUÑA)
- PHANEUF S, LEEUWENBURGH C. (1996.). Apoptosis and exercise. Med Sci Sports Exerc. 2001 Mar; 33(3):393-6. Review. SABINO, Carlos. El proceso de investigación. Bogotá: Mc Graw Hill.

ANEXOS

**INSTITUTO GERIÁTRICO SIERVAS DE JESÚS
ENTREVISTA APLICADA A CUIDADORES DE PACIENTES CON
ALZHEIMER**

CUIDADOR 1	CUIDADOR 2	CUIDADOR 3
<p>En lo afectivo:</p> <p>¿Siente usted qué es la persona adecuada para atender a un paciente con demencia, tanto en lo físico como en lo mental y lo social?</p> <p>La labor no es fácil con este tipo de pacientes; no se puede afirmar que se es la persona adecuada, porque hay días en los que el paciente amanece más difícil de manejar.</p> <p>Esto no se refleja en la respuesta</p> <p>¿Qué sentimientos le generó a usted la primera experiencia del cuidado en los pacientes con demencia tipo alzheimer?</p> <p>La primera vez experimente como un sentimiento de tristeza</p>	<p>En lo afectivo:</p> <p>¿Siente usted qué es la persona adecuada para atender a un paciente con demencia, tanto en lo físico como en lo mental y lo social?</p> <p>Decir que uno es la persona adecuada sería muy difícil, pero si considero que tengo las competencias para atender a los pacientes con demencias.</p> <p>¿Qué sentimientos le generó a usted la primera experiencia del cuidado en los pacientes con demencia tipo alzheimer?</p> <p>Sentí emoción, ya que era la primera vez que trabajaba y me sentía bien porque era con</p>	<p>En lo afectivo:</p> <p>¿Siente usted qué es la persona adecuada para atender a un paciente con demencia, tanto en lo físico como en lo mental y lo social?</p> <p>Sí, porque los quiero, le doy amor, me gusta trabajar y estar con ellos</p> <p>¿Qué sentimientos le generó a usted la primera experiencia del cuidado en los pacientes con demencia tipo alzheimer?</p> <p>Sentía un poco de temor, porque una cosa era haberlo visto en los libros y otra vivir la situación en</p>

Actitud del Cuidador

<p>porque era difícil ver a personas tan tiernas con esta enfermedad.</p>	<p>ellos.</p>	<p>came propia, ya con ellos a mi cuidado.</p>
<p>¿Qué factores emocionales la identifica a usted con el paciente?</p>	<p>¿Qué factores emocionales la identifica a usted con el paciente?</p>	<p>¿Qué factores emocionales la identifica a usted con el paciente?</p>
<p>Yo me identifico con la ternura, el cariño porque ellos son así como unos bebecitos y generan ternura.</p>	<p>Uno de los factores que me identifican es la amabilidad que mi paciente tiene para conmigo y de esta misma forma yo soy amable con el además lo quiero mucho.</p>	<p>La simpatía que siempre tiene mi paciente, su alegría así soy yo aunque tenga problemas.</p>
<p>¿Cómo se siente haciendo su trabajo?</p>	<p>¿Cómo se siente haciendo su trabajo?</p>	<p>¿Cómo se siente haciendo su trabajo?</p>
<p>Bien, porque es en lo que me quise desempeñar siempre y ahora lo estoy haciendo con todo el amor y la experiencias.</p>	<p>Me siento satisfecha porque gracias a DIOS tengo un trabajo bueno y ayudo a otras personas que lo necesitan como a mi paciente.</p>	<p>Me siento bien, pero en ocasiones siento como si ya no pudiera más porque yo también llevo tiempo en esto y a veces quisiera descansar un rato, claro sin dejarlo porque me gusta y con esto le he pagado los estudios a mi hija.</p>
<p>¿Cómo se siente usted en las situaciones de olvido del paciente?</p>	<p>¿Cómo se siente usted en las situaciones de olvido del paciente?</p>	<p>¿Cómo se siente usted en las situaciones de olvido del paciente?</p>

Actitud del Cuidador

<p>La verdad me da lastima, porque me imagino si yo estuviera en esa situación como seria la reacción de las personas que estarían a mi lado. Me duele ver como se le olvidan las cosas y yo tengo que decirle que eso ya lo hizo o que ya comió y otras cosas.</p>	<p>Es normal para mi, ya con el tiempo que llevo cuidándolo eso es normal, pero a la vez es difícil tratar de decirle que las cosas ya las hizo y que ella diga que no.</p>	<p>Me siento mal en ocasiones, porque el aprecio que yo le tengo a mi pacientita es grande y yo la veo como si fuera mi mama, es por eso que me genera tristeza, mas cuando me pregunta por los hijos y saber que ellos no la visitan.</p>
<p>¿Alguna vez ha llegado a experimentar sentimientos de tristeza frente a las condiciones que le exige su trabajo? Claro que si, para mi al principio fue horrible, porque yo quería desempeñarme en otra cosa de salud, pero por razones económicas tuve que cuidar a mis abuelitas claro ahora con mucho cariño, pero si he sentido tristeza tanto por mi como por mis pacientes. Además hay ocasiones me no puedo</p>	<p>¿Alguna vez ha llegado a experimentar sentimientos de tristeza frente a las condiciones que le exige su trabajo? La verdad no recuerdo, pero se que esto fue lo que quise escoger en lo que me quise desenvolver y no me quejo ni me siento triste, por lo menos ahora no.</p>	<p>¿Alguna vez ha llegado a experimentar sentimientos de tristeza frente a las condiciones que le exige su trabajo? Frente a las condiciones que me exige el trabajo si he sentido tristeza, el no poder compartir con tu familia por estar trabajando si es difícil, pero de igual forma uno se siente bien porque esta ayudando a otra persona y aunque no es lo mismo eso te ayuda a crecer como persona cada día y así yo le</p>

Actitud del Cuidador

<p>ver a mis hijos por estar trabajando aunque ellos ya sepan de mi trabajo y de los turnos.</p>		<p>enseño a mis hijos a hacer lo mismo.</p>
<p>¿Se ha sentido usted en algún momento aislado del mundo exterior por su labor?</p> <p>Se podría decir que si, porque hay momentos en los que toca quedarse interno y uno sale solo algunos domingos, por tal motivo no salimos ni disfrutamos mucho y la familia se descuida demasiado, pero en momentos yo me traigo a mi hija para el asilo y ella me ayuda.</p>	<p>¿Se ha sentido usted en algún momento aislado del mundo exterior por su labor?</p> <p>Si, claro que si, a veces cuando estoy en el instituto quisiera estar en mi casa con mis hijos o estar hablando con una amiga temas comunes como otras personas, pero esto no quiere decir que yo no quiera trabajar esto es importante para mi, pero si me siento malita a veces.</p>	<p>¿Se ha sentido usted en algún momento aislado del mundo exterior por su labor?</p> <p>Tanto como aislado del mundo exterior no, porque eso sucedería si yo no hablara con nadie, pero eso no es así, la verdad es difícil estar con tu familia y amigos cuando tienes un trabajo como este, pero eso no quiere decir que estoy aislada del mundo.</p>
<p>En lo comportamental</p>	<p>En lo comportamental</p>	<p>En lo comportamental</p>
<p>¿En qué ha cambiado su vida, tanto positiva como negativamente, desde que se dedica a esta labor?</p>	<p>¿En qué ha cambiado su vida, tanto positiva como negativamente, desde que se dedica a esta labor?</p>	<p>¿En qué ha cambiado su vida, tanto positiva como negativamente, desde que se dedica a esta labor?</p>
<p>En que se termina viendo</p>	<p>Lo positivo del cuidado</p>	<p>Lo positivo es que me</p>

Actitud del Cuidador

<p>al paciente como un miembro más de la familia propia y negativamente en el tiempo y la dedicación para mi familia.</p>	<p>me reanima en los momentos difíciles y lo negativo pues como ya he dicho mi hogar siento que hago falta aunque sea muy bueno mi hogar.</p>	<p>gusta y que me pagan bien, así puedo pagarle los estudios a mis hijos y lo negativo es la lejanía pero se que lo hago por mi familia y ellos también lo saben.</p>
<p>¿Qué servicios específicos proporciona como cuidador del paciente?</p>	<p>¿Qué servicios específicos proporciona como cuidador del paciente?</p>	<p>¿Qué servicios específicos proporciona como cuidador del paciente?</p>
<p>Bañarla, cambiarle paños, darle la alimentación, suministrarle los medicamentos, acompañarla.</p>	<p>Todos los servicios que ella necesita, medicamentos, baño, cambiado, entre otros.</p>	<p>Mucha paciencia, dedicación, vocación, estudios de cómo se cuida a un paciente, si uno no estudia, no sabe cómo hacer.</p>
<p>¿Qué hace usted cuando el paciente no puede dormir y solicita constantemente de su atención?</p>	<p>¿Qué hace usted cuando el paciente no puede dormir y solicita constantemente de su atención?</p>	<p>¿Qué hace usted cuando el paciente no puede dormir y solicita constantemente de su atención?</p>
<p>Atenderlo, toda la noche bueno cuando es turno que no toca en las horas de la noche, pero hay</p>	<p>Estar pendiente de ella y entonces cuando no pueden dormir yo me pongo a hablar con ella y</p>	<p>Si amerita un medicamento que se lo haya mandado en medico pues, se le da y</p>

Actitud del Cuidador

<p>que estar pendiente de la paciente porque ella a veces se le da por levantarse de la cama, entonces toca estar pendientes de ellas.</p>	<p>trato de tranquilizarla para que se quede en la cama y se pueda dormir.</p>	<p>se esta pendiente hasta que se quede dormida, en ocasiones se habla con ella, hay veces que quiere caminar y si no es muy tarde se puede hacer.</p>
<p>¿Como reacciona usted ante los cambios de estado de ánimo del paciente?</p>	<p>¿Como reacciona usted ante los cambios de estado de ánimo del paciente?</p>	<p>¿Como reacciona usted ante los cambios de estado de ánimo del paciente?</p>
<p>Con paciencia, nosotros como cuidadores no podemos reaccionar de la misma manera en ellos lo hagan, estamos en diferentes condiciones, pero lo mejor es tener paciencia, además esa es la labor de nosotras.</p>	<p>Ellos en ocasiones suelen cambiar constantemente de animo, eso se debe a los olvidos que tienen, pero uno sabe porque es, y por eso yo soy paciente y tierna entonces hablo y le digo "ahí porque estas así de grosera o porque estas alegre que te paso, cuéntame"</p>	<p>La capacidad de ser pacientes, constantes debe ser una virtud del cuidador, no puedo ponerme con groserías con ella cuando me contesta con grosería porque ella es como una niña pequeñita, además escuchar lo que tienen es bueno, entonces se le pregunta que tienes porque estas así, dime que te paso.</p>
<p>¿Qué actividades realiza en su tiempo de descanso?</p>	<p>¿Qué actividades realiza en su tiempo de descanso?</p>	<p>¿Qué actividades realiza en su tiempo de descanso?</p>

Actitud del Cuidador

<p>En los pocos tiempos de descanso que tengo, salgo con mi hija o me quedo todo el día en la casa, por lo general voy a casa de mi hermana porque paso mucho tiempo sin verla por el trabajo.</p>	<p>Me voy a la calle y me la paso rico, es muy poco el descanso que tengo y entonces hablo con mis vecinas con mi familia o me quedo en la casa haciendo aseo y otras cosas, pero la paso bien.</p>	<p>Me pongo a jugar parques, o cartas, voy de visita, hablo con personas pregunto como estas las cosas que ha pasado.</p>
<p>¿Fuera de los cuidados que le brinda al paciente que otras actividades realiza con el?</p>	<p>¿Fuera de los cuidados que le brinda al paciente que otras actividades realiza con el?</p>	<p>¿Fuera de los cuidados que le brinda al paciente que otras actividades realiza con el?</p>
<p>La verdad, solo hablar con ella y contarle cosas y que me cuente.</p>	<p>Charlo con ella, a veces nos ponemos a jugar cartas, claro dentro de lo que pueda hacer mi paciente, tomo objetos y se los muestro le explico y cosas así.</p>	<p>Por lo general nos ponemos a orar, hablamos, jugamos, la Dra. dice que le enseñe objetos y que le pregunte como se llama para ver si recuerda si no lo hace pues decirle y al día siguiente preguntarle y así todos los días eso le ayuda.</p>
<p>En lo cognitivo</p>	<p>En lo cognitivo</p>	<p>En lo cognitivo</p>
<p>¿Por qué cree que las características que tiene</p>	<p>¿Por qué cree que las características que tiene</p>	<p>¿Por qué cree que las características que tiene</p>

Actitud del Cuidador :

<p>le favorecen para cuidar a un paciente con demencia?</p>	<p>le favorecen para cuidar a un paciente con demencia?</p>	<p>le favorecen para cuidar a un paciente con demencia?</p>
<p>Como persona, se busca cubrir todas las necesidades del paciente, considero que tengo todas las habilidades para esto además la paciencia me caracteriza mucho.</p>	<p>Me gusta brindar amor y muchas de estas personas esta falta de afecto es ahí donde yo entro a darles cariño, amor, respeto.</p>	<p>Las características que tengo me ayudan porque genero confianza en los pacientes, porque eso es lo se busca par el cuidado de una persona que haya respeto, atención, cariño.</p>
<p>¿Si tuviera oportunidad de desempeñarse en algo diferente, en qué sería y por qué?</p>	<p>¿Si tuviera oportunidad de desempeñarse en algo diferente, en qué sería y por qué?</p>	<p>¿Si tuviera oportunidad de desempeñarse en algo diferente, en qué sería y por qué?</p>
<p>Me gusta lo que hago y de eso he vivido durante mucho tiempo, pero si en algún momento lo dejo me gustaría montar mi propio negocio.</p>	<p>En cualquier otra área de la salud, ya que fue lo que decidí estudiar y no me veo en otra cosa solo en esto la salud.</p>	<p>Siempre me ha gustado lo que he hecho; no tengo planes de desenvolverse en otra cosa.</p>
<p>¿Por qué decidió desempeñarse en esto y no en otra profesión?</p>	<p>¿Por qué decidió desempeñarse en esto y no en otra profesión?</p>	<p>¿Por qué decidió desempeñarse en esto y no en otra profesión?</p>

Actitud del Cuidador

<p>Estudie auxiliar de enfermería, porque me gusta ayudar, además, empecé cuidando a la mama de un amigo y me quedo gustando después de desenvolverme como enfermera en un hospital.</p>	<p>Porque en mi casa me inculcaron a ayudar a las demás personas, entonces decidí estudiar enfermería, y cuando entre a trabajar con adulto mayor me gusto la experiencia y quise seguir con ella.</p>	<p>Porque me gusta, siempre he trabajado con pacientes de edad avanzada; y me siento feliz haciendo esto.</p>
<p>¿Qué conocimientos son necesarios para propiciarles el mejor cuidado a las personas con demencia tipo Alzheimer?</p>	<p>¿Qué conocimientos son necesarios para propiciarles el mejor cuidado a las personas con demencia tipo Alzheimer?</p>	<p>¿Qué conocimientos son necesarios para propiciarles el mejor cuidado a las personas con demencia tipo Alzheimer?</p>
<p>Esta es una labor que requiere paciencia, tener conocimiento sobre la enfermedad es fundamental, saber los síntomas, las causas y otras cosas que se requieran a esta. Ellos son como niños y por ello merecen atención.</p>	<p>Se aprende más con el paciente que con las lecturas. Cuando uno tiene tiempo trabajando en esto aprende de la experiencia no he tomado un libro últimamente pero se que es la enfermedad.</p>	<p>La base del aprendizaje son los estudios, pero yo puedo decir que he aprendido de la experiencia con estas personitas, se debe tener en cuenta las clase de enfermedad, las causas, como tratarlas, como atender al paciente.</p>

Actitud del Cuidador

<p>¿Qué características posee usted para realizar este trabajo?</p>	<p>¿Qué características posee usted para realizar este trabajo?</p>	<p>¿Qué características posee usted para realizar este trabajo?</p>
<p>Las características necesarias son el amor al trabajo y el deseo de hacer las cosas bien.</p>	<p>Saber aprovechar los descansos. Cuando no se puede ayudar al paciente, se produce el stress</p>	<p>Saber enfrentar situaciones diversas. A veces se porta bien la paciente y en ocasiones es violenta. Entre las características esta la paciencia que es lo fundamental y la capacidad de entendimiento.</p>
<p>¿Aparte de su experiencia, por cual otro medio ha obtenido información sobre la enfermedad y los cuidados que debe prestar al paciente?</p>	<p>¿Aparte de su experiencia, por cual otro medio ha obtenido información sobre la enfermedad y los cuidados que debe prestar al paciente?</p>	<p>¿Aparte de su experiencia, por cual otro medio ha obtenido información sobre la enfermedad y los cuidados que debe prestar al paciente?</p>
<p>El tipo de trabajo obliga a hacer consultas en determinadas ocasiones, es por eso que he consultado con libros y cuando llegan las practicantes también se</p>	<p>No he revisado libros, pero siempre que llegan las practicantes que les corresponde mi paciente le pregunto sobre la enfermedad.</p>	<p>Con el estudio que tuve aprendí algunas cosas de la enfermedad pero casi todo es mas de experiencia y la Dra. nos ayuda y nos oriente además nos dice como</p>

Actitud del Cuidador

<p>les pregunta un poco sobre la enfermedad.</p>		<p>debemos hacer para que ella se sienta bien..</p>
<p>¿Qué piensa usted de su labor como cuidador de pacientes con Alzheimer?</p>	<p>¿Qué piensa usted de su labor como cuidador de pacientes con Alzheimer?</p>	<p>¿Qué piensa usted de su labor como cuidador de pacientes con Alzheimer?</p>
<p>Pienso que es estoy haciendo lo que me gusta, que es mi labor y además que es ayuda para las personas que lo necesita. Es reconfortante hacer mi trabajo aunque me pueda sentir cansada es bueno para mi vida saber que hago algo que es lindo y además que no todo el mundo lo puede hacer.</p>	<p>La enfermedad es imprevisible en su comportamiento, pero mi labor es gratificante, buena, me gusta sentir que las personas agradecen de una u otra manera mi trabajo y que apporto algo bueno a la vida de los demás..</p>	<p>Mi labor es linda creo que s de lo mejor que puede existir, bueno cuando a uno le gusta lo que hace todo es bello.</p>
<p>¿Cuáles son sus mejores experiencias en el ejercicio de cuidador de pacientes con Alzheimer?</p>	<p>¿Cuáles son sus mejores experiencias en el ejercicio de cuidador de pacientes con Alzheimer?</p>	<p>¿Cuáles son sus mejores experiencias en el ejercicio de cuidador de pacientes con Alzheimer?</p>
<p>Cuando, en ocasiones, los familiares expresan sus agradecimientos y dejan entender que sienten que su familiar se</p>	<p>En ocasiones, un paciente es reacio al cuidado; un cambio de cuidador puede incidir positivamente, logrando</p>	<p>Es satisfactorio hallar siempre una fórmula para solucionar una situación de difícil manejo, sin causar mal al paciente</p>

Actitud del Cuidador

halla bien cuidado.	que el paciente cambie de actitud y se porte más dócil, aceptando los cuidados. Eso no es por culpa del cuidador sino por el estado mental del paciente.	
---------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

- 1 Enfermedad de ALZHEIMER.
- 2 Demencia Senil
- 3 Enfermedad de ALZHEIMER - Diagnóstico y Tratamiento
- 4 Cognición
- 5 Psicología