

Cuidadores del paciente Alzheimer: Variables que identifican su perfil

Autores

Lic. Msc Tatiana Quevedo Guerra

Dr. Luis Felipe Herrera Jiménez.

Dra. Luisa María Guerra Rubio

Lic. Msc. Nancy Nepomuceno Padilla

Resumen:

El propósito del presente trabajo ha estado relacionado con el objetivo de determinar las características que distinguen a los cuidadores del paciente Alzheimer con agregación familiar de la ciudad de Santa Clara, en Cuba.

Se realizó un estudio descriptivo, fundamentado en técnicas como la entrevista estructurada, semiestructurada y la escala de Zarit para medir sobrecarga en el cuidador, incluyéndose también elementos correlacionales al buscar la relación entre la sobrecarga y las variables sociodemográficas del cuidador.

Los Resultados obtenidos a partir de los estadígrafos utilizados evidencian una relación lineal inversa entre la sobrecarga y el apoyo familiar, lo que indica que a menor apoyo familiar, mayor sobrecarga. En cuanto a la relación de la sobrecarga con las demás variables sociodemográficas en el presente estudio, los estadígrafos mostraron una significación mayor que 0.05, aceptado así la hipótesis fundamental de que no hay relación con el resto de las variables como edad, sexo, ocupación, nivel educacional entre otras.

Introducción

Actualmente se estima que la enfermedad de Alzheimer afecta millones de personas en el mundo por lo que constituye la tercera enfermedad en costos sociales y económicos. Se comporta como la tercera causa de muerte en lugares como: Japón, España, EU y Suiza, entre otros, superada solamente por las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la enfermedad cerebrovascular. (Alfonso, 2001).

El Alzheimer como enfermedad degenerativa consiste en la pérdida de capacidades o funciones psíquicas. Este déficit deviene en alteraciones en los ambientes laborales, sociales y familiares de la persona. Comúnmente los pacientes muestran alteraciones conductuales y psicológicas tales como: depresión, delirios, alucinaciones, agresión, agitación insomnio y cambios en la personalidad. Dichas manifestaciones constituyen una de las principales causas que llevan a los familiares a internar al enfermo en una institución geriátrica y en otras ocasiones deciden la presencia del cuidador o cuidadora como persona que asume la responsabilidad de cuidar al enfermo ante la imposibilidad de cuidarse a si mismo.

En Cuba la práctica frecuente en este ámbito demuestra que un gran número de familias deciden cuidar al enfermo en el hogar, lo que implica una fuerte carga emocional en los familiares que conviven y mantienen la responsabilidad de proveer o coordinar los recursos que el enfermo necesita., por lo que estos familiares, o cuidadores son un grupo de alto riesgo para el desarrollo de trastornos psiquiátricos.

En el Municipio de Santa Clara se registró en un pesquizaje realizado sobre la demencia en el (2003), 2705 pacientes que pasaban de 60 años, de ellos 1430 poseían un síndrome demencial, 811 con demencia de tipo Alzheimer y 30 de ellos con agregación familiar.

Es una idea que se comparte en la comunidad científica de los trabajos vinculados con el tema que se presenta el considerar la actividad del cuidador como generadora potencial de alteraciones de diferente índole aspecto que le da pertinencia al problema científico que guía la investigación a través de la siguiente interrogante. ¿Qué características distinguen a los cuidadores del paciente Alzheimer con agregación familiar de la ciudad de Santa Clara? Con relación al problema planteado la investigación ha tenido como objetivo general el siguiente propósito:

Determinar las características que distinguen a los cuidadores del paciente Alzheimer con agregación familiar de la ciudad de Santa Clara.

Con vistas al alcance del objetivo, la investigación se orientó por los siguientes objetivos específicos:

Describir las variables sociodemográficas de los cuidadores de pacientes Alzheimer con agregación familiar.

Explorar la sobrecarga del cuidador de Alzheimer del grupo de estudio.

Desarrollo

El cuidador de paciente alzheimer: principales resultados de los estudios Realizados.

Entre las publicaciones revisadas está la de Peinado & Garcés de Los Fayos (1998) cuyo contenido presenta una investigación realizada en Murcia España, se describen los efectos emocionales de los familiares que asumen el papel de cuidadores principales de enfermos de Alzheimer, especialmente el síndrome denominado Burnout. Este trastorno se manifiesta mediante un complejo síndrome afectivo y motivacional, en quienes realizan tareas de ayuda a los demás. Se caracteriza por síntomas de agotamiento emocional, despersonalización en el trato e inadecuación con la tarea que se realiza,

pérdida de la realización personal. El cuidado constante que los familiares deben prestar al enfermo a lo largo de la enfermedad, vivenciando el deterioro progresivo e irreversible de su familiar, justifica frecuentemente la aparición de este síndrome.

En la citada base documental se describen las variables que influyen en su aparición, desde el ámbito social, familiar y personal, modulando la relación entre cuidador y enfermo. Estos investigadores a partir de la descripción realizada intentan predecir la aparición de Burnout en cuidadores de enfermos de Alzheimer y establecen una estrategia preventiva. El cuidador principal será el primero que tendrá que ser educado en aquellas habilidades que le ayuden a afrontar mejor la situación. Con la familia habrá que incidir en la necesidad de la aportación de un apoyo al cuidador, que permita “respiros” al principal y que sirva como un compromiso global de todos. Por último, la organización laboral en la que el cuidador principal desempeña habitualmente su trabajo, debe facilitar que esta persona atienda con menos presión al enfermo de Alzheimer.

Al presentar las líneas posibles de establecer esta estrategia preventiva Peinado & Garcés de Los Fayos (1998) se apoyan en un trabajo anterior realizado por Peinado, Vera y Garcés de Los Fayos (1997). En este se estableció una programación de sesiones formativas - terapéuticas que incidieran en mejorar las condiciones previas que cualquier cuidador principal se encuentra ante la enfermedad; también aquellas que tuvieran su aparición durante la evolución de la misma. Se trabajaron los siguientes aspectos: Atención al enfermo, estrategias que los cuidadores utilizaban para interactuar con el enfermo, buscando optimizar aquellas que fueran más favorables y recompensantes. La calidad de las relaciones familiares, sensación de bienestar, formas de vivir la enfermedad, forma de afrontar la muerte. Además se establecían estrategias que permitieran disfrutar el tiempo libre. Otro tema era el conocimiento exhaustivo de la enfermedad del paciente, evitando los planteamientos fatalistas y de culpabilidad. Finalmente, se trataban habilidades sociales diversas como:

asertividad, comunicación, solución de problemas, toma de decisiones, autocontrol para que el cuidador pudiera afrontar mejor la situación.

También publicado en este año Roig, Abengoza & Serra (1998) de la Universidad de Valencia, España, presentan un estudio sobre la sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. La muestra estuvo compuesta por 52 sujetos de ambos sexos, cuidadores principales de ancianos con demencia tipo Alzheimer y los ancianos dementes no debían estar institucionalizados. Se controlaron variables atributivas del cuidador así como las respuestas de los sujetos a un cuestionario sobre la Sobrecarga en Cuidadores de Ancianos con Demencia. Los resultados de este estudio indican que experimentarían mayor sobrecarga los cuidadores que: son mujeres, a partir de 56 años, con nivel de estudios bajo- medio, de bajo nivel económico, que cuidan al enfermo alrededor de 10-12 años y que cuidan a enfermos en 3ª fase.

Otro estudio interesante sobre los cuidadores fue desplegado por Martín, Ballesteros, Rodríguez, Ibarra, Loizaga, Serrano, Larumbe, Aizcorbe & Belenguer (2006) en Pamplona. El objetivo de mismo consistió en valorar la asociación entre distrés psíquico y sobrecarga en el cuidador de pacientes de Alzheimer no institucionalizado y estimar la prevalencia de trastornos psiquiátricos en los cuidadores. Se realizó empleando la escala de Zarit, la muestra estuvo integrada por cuarenta cuidadores. La edad media de los pacientes de Alzheimer fue de 78 años, mientras que la de sus cuidadores era de 56 años, siendo éstos principalmente mujeres e hijas de los pacientes. Los enfermos de Alzheimer presentaban una demencia moderada y sus cuidadores una sobrecarga intensa con signos claros de distrés psicológico, especialmente en relación con síntomas de angustia-ansiedad y síntomas somáticos.

Aspectos de interés para la presente investigación fueron obtenidos a través de la dirección electrónica de La Fundación Geriátrica de Salud Mental de España. Se accedió a información del 2007 integrada por folletos que entre otros temas

describen las cinco reacciones en el ajuste de las familias que cuidan al paciente Alzheimer con la ayuda que se propone para cada una de estas.

La primera es la negación como respuesta inicial de que nada está mal. Es importante ofrecer información sobre la enfermedad, puede ayudar a las familias a entender lo que está pasando y qué esperar. La segunda es el Sobreenvolvimiento, el cuidador se involucra en intentos de compensar la enfermedad y los problemas que ésta trae, no acepta ayuda. Es necesario que entienda que no puede solo con la situación. Luego aparece el enojo, las cargas físicas y emocionales de la atención del paciente comienzan a producir sus efectos. Para esto se proponen grupos de apoyo. Se plantea que la culpa es experimentada cuando el paciente ya no puede ser atendido en el hogar. Por último aparece la aceptación, de un completo entendimiento de la enfermedad y sus efectos sobre la familia. Apoyo, educación y otros recursos pueden ayudar a las familias a avanzar en dirección a esta fase. Además de proveer conocimiento y grupos de apoyo, se sugiere un entrenamiento para el cuidador que le permita un mejor manejo del enfermo. Es válido destacar que se dan recomendaciones o tratamientos para el paciente con el fin de retener habilidades mentales, físicas, lo que ayuda con las actividades diarias. Se brindan ideas sobre el manejo del dormir así como de terapias para recordar, con animales, de recreación y arte.

Una revisión del resultado de Vidal, Zavala, Castro, Quiroga & Klaasen (1999) logra un acercamiento al sentir de los cuidadores desde sus significados. Ellos despliegan un trabajo descriptivo como parte del Estudio "Redes de Apoyo Médico-Social" realizado con Grants de la O.M.S. y la Dirección de Investigación de la Universidad de Concepción-Chile. El universo fue 70 familias, se entrevistaron 70 cuidadores de enfermos con Alzheimer de una localidad rural y otra urbana. En el total de las respuestas se identifica una alta carga emocional y la carencia absoluta de preparación y apoyo como cuidador.

En cuanto a las variables atributivas de forma similar al estudio comentado con anterioridad predomina cuidadores de sexo femenino 84.3%. El promedio de tiempo de cuidador de 7 años. Los cuidadores estaban constituidos en un 82.9% por familiares. De éstos, eran hijos(as) un 64.3%, esposos (as) 15.7% y hermanos un 2.9%. Un 17.1% corresponde a otros cuidadores: amigos, vecinos. Lago & Debén (2001) describen el perfil del cuidador de la siguiente manera. Mujer en su mayor parte hijas o esposas del anciano, con una edad media de 57 años, ama de casa quien vive con el enfermo. También existen un grupo importante de cuidadores mayores de 65 años, 25%, generalmente cónyuges del enfermo. Una gran mayoría de los cuidadores 80 % presta sus servicios un durante los 7 días de la semana. La tarea de cuidar conlleva a menudo la aparición de una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y socio-familiar constituyente de un auténtico síndrome que es necesario conocer, diagnosticar precozmente y tratar de prevenir. Además afirman, se ha demostrado la relación entre estrés del cuidador y tasas altas de institucionalización, que pacientes dementes que conviven con cuidadores muy estresados presentan mayor índice de problemas de conducta y episodios de agitación

Lago & Debén (2001) describen el perfil del cuidador de la siguiente manera. Mujer en su mayor parte hijas o esposas del anciano, con una edad media de 57 años, ama de casa quien vive con el enfermo. También existen un grupo importante de cuidadores mayores de 65 años, 25%, generalmente cónyuges del enfermo. Una gran mayoría de los cuidadores 80 % presta sus servicios un durante los 7 días de la semana. La tarea de cuidar conlleva a menudo la aparición de una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y socio-familiar constituyente de un auténtico síndrome que es necesario conocer, diagnosticar precozmente y tratar de prevenir. Además afirman, se ha demostrado la relación entre estrés del cuidador y tasas altas de institucionalización, que pacientes dementes que conviven con cuidadores muy

estresados presentan mayor índice de problemas de conducta y episodios de agitación

Sobre la intervención en relación con los cuidadores opinan que es un trabajo en el que la interdisciplinariedad juega un papel fundamental. Un buen manejo del paciente con demencia y sus cuidadores debe realizar un trabajo preventivo a los niveles de atención en el sistema de salud: En el primario evitando la aparición de los síntomas en el cuidador, en el secundario detectando precozmente su aparición y en el terciario, una vez detectados podremos intervenir para evitar la progresión de los síntomas y permitir así unos cuidados más adecuados y retrasar la institucionalización de los sujetos del cuidado pues se encontrarán mejor en tanto sus cuidadores estén en buenas condiciones.

La intervención posible en relación con los cuidadores la establecen con arreglo a lo siguiente: Asistencia al anciano. Información acerca de la enfermedad. 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. Información al cuidador sobre la red de Servicios Comunitarios. El cuidado del cuidador propiamente dicho. Los autores refieren la necesidad de realizar esfuerzos encaminados a la evaluación de los cuidadores con el fin de orientar la intervención con estos. Proponen varios instrumentos de medida, como el Zarit Burden Interview, el Caregiver Stress Test y el Índice de Esfuerzo del Cuidador.

Gandoy, Millan, García, Buide, López & Mayan (2006) del Instituto Gerontológico Gallego exponen una estrategia interventiva para cuidadores familiares de paciente Alzheimer. Según su experiencia investigativa la terapia de grupo es una de las actividades que se han mostrado más positivas como apoyo a los cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer. Por un lado buscan contrarrestar el aislamiento de los cuidadores; y por el otro ayudarlos a superar los sentimientos negativos que suscita su situación. Se muestra la efectividad

para la reducción de la ansiedad y para el establecimiento de un sistema de comunicación acerca de la problemática común y de la búsqueda de soluciones.

A principios de los años 60 surge el concepto de sobrecarga, que se refiere al conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que pueden experimentar los cuidadores de adultos incapacitados. Es en la década del 80 es cuando comienza su estudio en la gerontología, elaborándose por Zarit y colaboradores un procedimiento para su evaluación, conocido como test de sobrecarga o escala de Zarit. De todo lo expresado con anterioridad se deduce la importancia de determinar la sobrecarga del cuidador, para poder actuar sobre los mismos y posteriormente poder evaluar los resultados de la terapéutica. En el Municipio Habana del Este, Cuba, se realizó la investigación de Paleo (2006) determinando la sobrecarga de cuidadores mediante la escala de Zarit. Incluyó en el estudio a 48 personas que realizan la actividad de cuidador de paciente Alzheimer.

Los resultados de Paleo (2006) demuestran que la sobrecarga es mayor en cuidadores entre 51 y 70 años, el tiempo realizando esta actividad es determinante en la aparición de los síntomas. También es mayor la sobrecarga cuando no se cuenta con ayuda. Reafirmando resultados ya vistos, 41 fueron femeninas y 7 masculinos, los últimos presentaron una sobrecarga mayor, el grupo de edades predominante fue el de 51 a 60 años. Las características del anciano cuidado son elementos que según la autora también pueden tenerse en cuenta a la hora de determinar la sobrecarga que perciben los cuidadores, aunque no se incluyeron. Un resultado colateral fue detectar que en muy pocos casos los cuidadores solicitaban ayuda.

En el Municipio de Santa Clara, Cuba, un estudio realizado por González & Nepomuceno (2006) a 30 cuidadores de paciente Alzheimer con agregación familiar buscó la repercusión de la enfermedad en la salud de los cuidadores. Demostrando la existencia de los siguientes problemas de salud analizados:

Entre los síntomas y/o enfermedades: dolores de piernas, trastornos del sueño, sacro lumbalgia, HTA y nerviosismo. En la esfera social se apreció pérdida de distracción, despreocupación por el aseo y la alimentación. Se evidenció un alto nivel de tensión en los sujetos estudiados. Los resultados fueron fuente generadora de interés investigativo sobre las necesidades que presentan estos cuidadores en relación a la actividad que realizan.

En esencia el estudio presente valora diversos aspectos, dimensiones o componentes de los cuidadores, interesa ponderar para poder describir las relaciones existentes entre las variables de estudio.

Aunque el estudio se define como descriptivo, se conoce que contiene elementos correlacionales, pues uno de sus propósitos es poder analizar el grado de relación que existe entre dos o más conceptos o variables - en un contexto en particular-.

“Los estudios correlacionales miden las dos o más variables que se pretende ver si están o no relacionadas en los mismos sujetos, y después se analiza la correlación”. (Rodríguez, Gil & García, 2000, p. 62). La utilidad de estos es saber cómo se puede comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otras. En este caso, interesa relacionar las variables sociodemográficas del cuidador con la sobrecarga, así, demostrándose la relación entre estas, tendrá valor predictivo la asociación.

Descripción de la muestra

En la presente investigación se trabajó con la población de cuidadores principales de paciente Alzheimer con agregación familiar del Municipio de Santa Clara, Cuba. Está integrada por 23 sujetos, pertenecientes a zonas rurales y urbanas. Es de interés mencionar que consta de 20 mujeres y 3 hombres y, el color de la piel que predomina es el blanco. El rango de edad oscila entre 37 y 75, predominando las personas entre 55 y 65 años. El nivel escolar fue universitario en el 13%, doce grado 48% y hasta noveno grado 39%.

Nos parece oportuno significar que el Paciente Alzheimer con agregación familiar es la persona portadora de una enfermedad degenerativa cerebral primaria de etiología desconocida que evoluciona progresivamente hacia el deterioro global de las funciones corticales superiores lo que lleva a la degeneración cognoscitiva y personalógica en sentido general. En este caso, se trabajará con los que en los antecedentes patológicos familiares ha existido uno o más enfermos de Alzheimer.

Técnicas empleadas

- Entrevista semiestructurada a los cuidadores. Los propósitos de la misma fueron: Lograr una relación empática estableciendo el rapport, explicar los objetivos de la investigación haciendo énfasis en los beneficios que la misma puede reportar a ellos en particular y sus familiares, a los investigadores, al avance de la ciencia. Obtener el consentimiento informado de los cuidadores para iniciar la investigación. Se elige este tipo de entrevista porque aun cuando se tiene una guía de temas a tratar ofrece la flexibilidad necesaria en el primer encuentro. De esta forma, el intercambio será elaborado de manera individualizada buscando motivar y comprometer con la investigación.
- Entrevista estructurada a los cuidadores. Con el fin de explorar las variables sociodemográficas en todos los cuidadores, es seleccionada esta técnica. Aquí la información que se busca es general y puntual al mismo tiempo. Asimismo es de interés para la investigación realizar la indagación por igual, por lo que seguir un esquema estructurado facilita el logro de estos objetivos optimizando tiempo. Se incluyen además aspectos de interés como: el tiempo como cuidador, si comparte el cuidado, molestias y si las vincula a la actividad de cuidador, si se automedica y las características del paciente entre otras. Esta exploración es útil para el trabajo interventivo que pudiera realizarse con estas personas.

- Escala de Zarit. Brinda información sobre la intensidad de sobrecarga de los cuidadores. Esta escala consta de 22 ítems puntuados en una escala ordinal tipo Likert que va desde «nunca» -valor 1- a «casi siempre» -valor 5-. La puntuación mínima es por lo tanto 22, y la máxima, 110. Los ítems incluyen aspectos de impacto emocional, soporte sociofamiliar y estrategias de manejo de problemas. Según los autores de la validación española el punto de corte 46/47 permite diferenciar «sobrecarga» de «no sobrecarga», mientras que el punto de corte 55/56 discrimina entre «sobrecarga leve» y «sobrecarga intensa. (Anexo 5).

De forma precisa quedaría:

No Sobrecarga: 22-46

Sobrecarga Leve: 47-55

Sobrecarga Intensa: 56-110

La escala de Zarit presenta buenos valores de validez convergente, fiabilidad test-retest y consistencia interna en la validación española. Por estar esta investigación dirigida a medir la sobrecarga de los cuidadores esta técnica es fundamental para el cumplimiento de dicho objetivo. Además es una escala corta, comprensible facilitando el trabajo con los cuidadores los que disponen de poco tiempo. Asimismo el procesamiento propuesto facilita la construcción de las generalidades que se esperan obtener.

Como puede verse en la descripción de las técnicas, se emplea la entrevista estructurada y una escala de sobrecarga psicológica, metódicas estas, cerradas que tributan al logro de los objetivos generales y al enfoque de investigación que se sigue. Por otro lado, el empleo de la entrevista semiestructurada en el presente trabajo se erige como punto de contacto necesario que nos aleja de una relación ingenua en el intento de captar la realidad que se estudia. Esta técnica permite un sondeo del sujeto a investigar siendo flexible a los datos de interés que pueden surgir durante la misma.

En las sesiones realizadas con los cuidadores se les ofreció apoyo psicológico considerando los elementos básicos de la Psicoterapia Breve que son: Existencia de una situación crítica concreta - actividad de cuidador-, estado de la persona que se está explorando, valoración de los principales problemas, consideración del tiempo limitado, así como flexibilidad y capacidad del terapeuta para

Técnicas de análisis de resultados

El análisis estadístico de la información fue a partir del estadígrafo SPSS con el fin de explorar la sobrecarga con las variables sociodemográficas del cuidador, con respecto a su actividad. En la escala de Zarit se emplearon sus calificaciones. Como la muestra trabajada incluyó menos de 100 sujetos se utilizaron los estadígrafos siguientes: Tau-b de Kendall, Spearman.

Variables sociodemográficas relacionadas con la actividad del cuidador.

Con relación al parentesco, edad, sexo, tiempo de cuidador-: De forma similar al estudio de Zavala, Castro, Quiroga & Klaasen (1999) cuyo predominio de cuidadores de sexo femenino 84.3% en esta investigación las féminas representan un 87%. Corroborando lo planteado por varios autores el intervalo de edad de los cuidadores en la presente investigación estuvo predominantemente por encima de 55 años con un 57%. Los cuidadores del citado trabajo fueron en un 82.9% familiares, en cambio en el presente caso, el 100% de los cuidadores lo son. Así, también el promedio de tiempo de cuidador encontrado por los autores es de 7 años en sintonía con un 6,3 arrojado en el actual trabajo. Del mismo modo, en el parentesco predominaron las hijas en un 64.3% por un 70%, hijos 17%, esposas 15.7% por 13 %, a diferencia del primer trabajo no hubo otro tipo de parentesco en este.

Lago & Debén (2001) describen el perfil del cuidador de manera coincidente con los datos hallados en esta investigación .Como ya se expuso, la mayoría son mujeres, hijas y en menor proporción esposas del anciano. Los citados autores plantean que predomina el ama de casa cuyo símil en este caso son los que no trabajan en un 40%, y solo 30 % que trabajan encontrándose jubilados el 30%,

y solo 30 % que trabajan. Además se subraya que los cuidadores que viven con el enfermo fueron vistos en un 87%. Una gran mayoría de los cuidadores 80 % para Lago & Debén prestan sus servicios durante los 7 días de la semana en este trabajo este comportamiento se da en un 100 %. Continúan la descripción indicando que los cuidadores presentan una alta tasa de automedicación, especialmente en la presente investigación fue de 30 %.

Valoración de la sobrecarga.

La sobrecarga se evaluó utilizándose la escala de Zarit, que según Paleo (2006) se refiere al conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que pueden experimentar los cuidadores de adultos incapacitados. En la presente investigación predominó la sobrecarga intensa en un 74%, le siguió la leve en un 22 % y solo en un 4% no se presentó sobrecarga. Por esto, se deduce la importancia de actuar sobre la situación de salud puesto que los niveles de sobrecarga apuntan a que el desarrollo de la tarea de cuidar puede conllevar potencialmente a la aparición del síndrome denominado Burnout trabajado en las publicaciones de Peinado & Garcés de Los Fayos (1998). Además del desarrollo del cuidado del enfermo, los cuidadores enfrentan la carga de otras exigencias vinculadas a la actividad doméstica y la atención de los demás familiares. Las condiciones económicas en muchos casos se perciben como preocupación en el intento de atender al paciente. Por todo lo planteado, el cuidador es una persona que demanda atención y orientación profesional.

Las pruebas de hipótesis arrojaron que la sobrecarga solo tiene relación con el apoyo familiar, los resultados se muestran en la tabla siguiente:

Tabla 1

				sobrecarga	Apoyo familiar
Kendall's tau_b	sobrecarga	Coeficiente	de	1,000	-,692
		Correlación		.	,033
		Sig. (2-tailed)		.	
		N		23	23
	apoyfam	Coeficiente	de	-,692	1,000
		Correlación		,033	.
		Sig. (2-tailed)		.	
		N		23	23
Spearman's rho	sobrecarga	Coeficiente	de	1,000	-,521
		Correlación		.	,043
		Sig. (2-tailed)		.	
		N		23	23
	apoyfam	Coeficiente	de	-, 521	1,000
		Correlación		,043	.
		Sig. (2-tailed)		,043	.
		N		23	23

Se concluye que existe una relación lineal inversa entre la sobrecarga y el apoyo familiar, lo que indica que a menor apoyo familiar, mayor sobrecarga. En cuanto a la relación de la sobrecarga con las demás variables sociodemográficas en el presente estudio, los estadígrafos mostraron una significación mayor que 0.05, aceptado así la hipótesis fundamental de que no hay relación con el resto de las variables.

Atendiendo al análisis estadístico de las variables sociodemográficas relacionadas con la actividad del cuidador se encontró un predominio de cuidadores por sexo pues las féminas representan un 87% de la muestra. De forma similar al estudio de Zavala, Castro, Quiroga & Klaasen (1999) cuyos cuidadores fueron en un 82.9% familiares, en el presente caso, el 100% de los cuidadores lo son. Corroborando lo planteado por varios autores el intervalo de edad de los cuidadores en la presente investigación estuvo predominantemente por encima de 55 años con un 57%. Así también, el promedio de tiempo de cuidador encontrado por los autores es de 7 años en sintonía con un 6,3 arrojado en el actual trabajo. En el parentesco predominaron las hijas en un 64.3% por un 70% de hijas y 17% de hijos en esta investigación, las esposas 15.7% por 13 %, a diferencia del primer trabajo no hubo otro tipo de parentesco en este

Se apreció predominio de los cuidadores que no trabajan en un 40%, encontrándose jubilados el 30% al igual que los trabajadores activos. Además se constató que un 87% viven con el enfermo. Una gran mayoría de los cuidadores, 80 %, para Lago & Debén prestan sus servicios durante los 7 días de la semana en este trabajo el comportamiento se da en un 100%. Los citados autores indican que los cuidadores presentan una alta tasa de automedicación, especialmente en la presente investigación fue de 30 %. El nivel de escolaridad se comportó de la siguiente forma: doce grado 48%, noveno grado 39% hasta universitario en un 13%.

En esta investigación se registraron las diferentes enfermedades de los cuidadores los resultados fueron: Con HTA un 39,1%, Diabetes 13%, Asma 8,6%, además otros padecimientos como Hernia Vaginal, Enfermedades Cardiovasculares, del Sistema Nervioso Central. Algunos de estos padecimientos fueron encontrados por González y Nepomuceno (2006) quien demostró la existencia de: dolores de piernas, trastornos del sueño, sacrolumbalgia, Hipertensión Arterial - HTA-y nerviosismo. Es relevante destacar que aunque se conoce el diagnóstico de las enfermedades solo un 52% sigue el tratamiento medicamentoso frente a un 48% lo que se convierte en un factor de riesgo para la salud de estas personas. En los casos vistos, un 26% fue cuidador con anterioridad.

Los servicios domiciliarios deben incorporarse por las características del cuidado en estos pacientes, también los cuidadores formales de los que se propone incrementar su formación. Apoyo asistencial de equipos multidisciplinarios cuyo trabajo sistemático se realice en la interdisciplinariedad. Teniendo en cuenta estas consideraciones puede elaborarse estrategia para atenuar la sobrecarga de los cuidadores y propiciar un mejor apoyo sanitario.

Conclusiones

- Entre las variables sociodemográficas vinculadas al cuidador en relación a su actividad se encontró predominio de: sexo femenino e hijas en el parentesco y el nivel de escolaridad de grado doce cuya edad es superior a 55 años en su. Un gran número no se encuentra vinculado laboralmente en la actualidad; prestan servicios en su desempeño como cuidadores toda la semana y además padecen de enfermedades para las que no todos siguen el tratamiento medicamentoso sino que la práctica más frecuente es la automedicación. Como generalidad los sujetos de estudio declararon no contar con apoyo familiar y asistencial suficiente.

- La exploración de la sobrecarga del cuidador arrojó que predomina la sobrecarga intensa, le siguió la leve en menos representatividad y solo en un caso no se presentó sobrecarga por lo que en opinión de los autores el cuidador es una persona que demanda atención y orientación profesional.

Recomendaciones

1. Continuar prestando especial interés al tema por su relevancia actual ya que no existe la información necesaria con respecto a la demencia Alzheimer y la manera en que esta incide negativamente sobre el paciente y su cuidador quien generalmente no cuenta con los recursos necesarios para enfrentar dicha situación.

2. Desarrollar futuras investigaciones sobre el tema que incluyan el trabajo directo con el cuidador brindándole información sobre la enfermedad del paciente y la repercusión del cuidado en él, así como en las vías de manejar positivamente ambos aspectos de la actividad.

3. Viabilizar la disponibilidad de mensajeros y servicios al hogar teniendo en cuenta que el cuidador habitualmente no tiene la posibilidad de ausentarse del mismo.

4. Ofrecer talleres de capacitación en las áreas de salud a los cuidadores y la familia del paciente Alzheimer a través de los proveedores de salud y con enfoque intersectorial, para dotarlos de información respecto al tema, estos talleres pudieran realizarse una vez al mes, utilizando los medios masivos de comunicación y tecnologías de punta.

BIBLIOGRAFIA

1. Actualidad sobre enfermedad de Alzheimer: <http://www.alzheimer.com>
2. AFAGI (Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer de Guipúzcoa). (2007). Manual de formación de cuidadores y pacientes afectados por la enfermedad de Alzheimer.
3. Alfonso, M. (2001). Prevalencia y evolución de deterioro cognitivo y demencia en mayores de 85 años en la zona básica de salud urbana de "los comuneros". Revisado en octubre 2006 de <http://www.uninet.edu/do/train/malfonso/index.htm>.
4. Alzheimer association New York City: <http://www.alzheimernyc.org>
5. Alzheimer Care: Caregiver Support, Caring for Someone With Alzheimer. Revisado en enero 2007 de <http://www.alzheimer.ca/english/care/caregivers-selfcare.htm>.
6. Alzheimer Novedades: <http://www.helthing/alzheimer/alzheimer.html>
7. APA. DSM-IV-Manual del diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Madrid: Masson, 1995.
8. Bolivia. En el día mundial del Alzheimer (2006). Revisado en diciembre 2006 de <http://desastres.bvsp.org.bo-modulo/?S2=2>.

9. Cacabelos, R. (1999). Tratado de neurogeriatría. Enfermedad de alzheimer y otras demencias. Barcelona: Masson.
10. Calviño, M. (2001). Análisis dinámico del comportamiento. Ciudad de la Habana: Félix Varela.
11. Care Options for Persons With Alzheimer's, When You Need a Break. Revisado, enero 2007 de http://www.associatedcontent.com/article/20039/care_options_for_persons_with_alzheimers.html.
12. Carrasco, M.; Ballesteros, J.; Ibarra, N.; Loizaga, C.; Serrano, B.; & Larumbe, M. (2006) Sobrecarga del cuidador de pacientes con enfermedad de Alzheimer y distrés psíquico. Revisado en octubre 2006 de Base de Datos Ebsco.
13. Chóliz, M. (2004). Psicología de la Motivación: el proceso motivacional. Revisado en febrero 2007 de <http://www.uv.es/choliz>.
14. CIE X. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (1992). Organización Mundial de la Salud :Madrid.
15. Czubaj, F. (2006). Pérdida de peso en ancianos antes de la aparición de síntomas de Alzheimer. Revisado en diciembre, 2006 de http://www.lanacion.com.ar/cienciasalud/nota.asp?nota_id=839718.
16. Fong, J. A. E. (2006). "Consejos útiles para ancianos y sus familiares". Santiago de Cuba: Editorial Oriente.
17. Fundación la caixa: <http://www.lacaixa.es/fundacio/cas/ambits/social/alzheimer.html>
18. Fundación Alzheimer España.
19. Gandia, L.; Álvarez, R.M.; Hernández Guijo, J.M.; Gonzáles Rubio, J.M.; De Pascual, R.; Rojo, J.; Tapia, L. (2006). "Enfermedad de Alzheimer". *Revista neurología* vol 42 (8), 471-477.
20. Gandoy, M.; Millán, J.; García, Z.; Buide, I.; López, R.; & Mayán, J. (2006) Evaluación y resultados de la instauración de un programa de

- terapia de grupo dirigido a un colectivo de cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer. Revisado en octubre 2006 de Base de Datos Ebsco.
21. García, M. I. (1991). Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*.
 22. González Rey, F. (1982). *Psicología: Principios y categorías*. Ciudad de La Habana: ICiencias Sociales,
 23. González Rey, F. (1985). *Psicología de la Personalidad*. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación,
 24. González Rey, F. (1989). *La personalidad, su educación y desarrollo*. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación.
 25. González Rey, F. (1993). *Motivación Moral en Adolescentes y jóvenes*. Ciudad de La Habana: Científico Técnica.
 26. González Serra, D. (1984). *La Motivación: una orientación para su estudio*. Ciudad de La Habana: Científico Técnica.
 27. González, E. (2006) *Enfermedad de Alzheimer: Repercusión en la salud y bienestar de sus cuidadores*. Tutor: Mcs. Nancy Nepomuceno Padilla. Tesis en opción al título de master en Psicología Médica.
 28. Hernández, R. S. (2003). "Metodología de la Investigación". La Habana: Félix Varela.
 29. <http://www.lukor.com/hogarysalud/noticias/0407/07185929.htm>
 30. <http://www.mayo.edu/genatrics-rst/2.genpage.html>
 31. <http://www.Tecnociencias.es/especiales/alzheimer/consejo>.
</consultado: 13 de mayo, 2007.
 32. Ibarra, F. M. (1988). "Metodología de la investigación social". La Habana: Pueblo y Educación.
 33. Junque, C. & Jurado, M. A. (1994). *Envejecimiento y demencias*. Barcelona: Martínez Roca.
 34. Lago, S., & Debén, M. (2001). *Cuidados del cuidador del paciente con Demencia*. Revisado en marzo 2007 de <http://www.fisterra.com/guias2/cuidador.asp>

35. Manito, M., & Funes H. (2006) Breves actualizaciones sindrómicas sobre demencia. Revisado en diciembre 2006 de http://www.drwebsa.com.ar/aap/alcmeon/16/a16_04.htm
36. Paleo, N. (2007). Sobrecarga del cuidador del paciente Alzheimer. *Revista Electrónica de Geriatría*. Vol 8. (2).
37. Pascal, B. (2000). Demencias: Clasificación y epidemiología: A Demencia y geriatría. Pp.9
38. Peinado, A. & Garcés de Los Fayos, E. (1998). Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. *Anales de psicología* vol. 14 (1), 83-93.
39. Piña-casanova, J. (2005). Activemos la mente. Un proyecto de la obra social de "la Caixa". Actualización 2005. Barcelona: Fundación "la Caixa".
40. Practical Nursing Care for People Alzheimer's Disease. Revisado, febrero 2007, de <http://alzheimers.about.com/od/practicalcare/>
41. Rodríguez, A.; García, M.; Losantos, J.; Moreno, J.; Sierra, I.; Fernandez, U.; Olmedilla, N.; & Martín, A. (2002). Demencia y Depresión. *Psiquiatría, psicología médica y psicosomática* Vol. 23 (4) .
42. Rodríguez, G. G.; Gil, J. F. & García, E. J. (2004). "Metodología de la investigación cualitativa". La Habana: Félix Varela.
43. Roig M. V., Abengoza, MC, Serra, E. (1998). La sobrecarga en los cuidadores principales en los enfermos de Alzheimer. *Anales de Psicología* Vol 14,(2), 215-27.
44. Rosales, M. (2005). Las necesidades de aprendizaje social desde el paradigma histórico-cultural de la Psicología. Revisado en febrero 2007 de <http://español.geocities.com/aguilera99/volumen40.htm>.
45. Silveira, S. (2006) Enfoque Neuropsicológico y Psicopatológico de la Depresión y la Demencia Vascular. Revisado en enero 2007 de <http://www.itinerario.psico.edu.uy/EnfoqueNeuropsicologicoyPsicopatologico.htm>.

46. Vidal, D; Zavala, M.; Castro, M.; Quiroga, P.; & Klaasen, G. (1999). El significado del paciente con demencia para el cuidador, en una comunidad urbana y rural. [*Revista de Servicio Social*](#) Vol 1(2).
47. Villaroya-Pastor, M^a T. (2001). Perfil de la enfermedad de Alzheimer en las mujeres. *Neurología* Vol.32 (12) ,1178-1182.

