



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

“SOBRECARGA Y NIVELES DE ANSIEDAD EN CUIDADORAS DE PACIENTES CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER DEL ÁREA DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS DEL IESS DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2015”

Tesis previa a obtener el Título de Psicólogo Clínico.

AUTOR:

PABLO PAUL MALDONADO ROMERO

DIRECTORA:

DRA. MAYRA RIVAS PALADINES MG.SC.

LOJA - ECUADOR

2015

CERTIFICACIÓN

Dra. Mayra Rivas Paladines Mg. Sc.

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA; DIRECTORA DE TESIS.

CERTIFICA;

Haber asesorado y monitoreado con pertinencia la ejecución de la investigación de campo y el informe final del proyecto de tesis titulado: **“SOBRECARGA Y NIVELES DE ANSIEDAD EN CUIDADORAS DE PACIENTES CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER DEL ÁREA DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS DEL IESS DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2015”**, del egresado **Sr. Pablo Paul Maldonado Romero**; así como revisar oportunamente los avances de la investigación devolviéndolos al aspirante con las observaciones, sugerencias y recomendaciones necesarias a fin de asegurar la calidad de la misma; por lo tanto autorizo su presentación para la defensa ante el tribunal de tesis y disertación pública de la misma para la graduación.

28 de Octubre del 2015

Atentamente:



Dra. Mayra Rivas Paladines Mg. Sc.

DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo **Pablo Paul Maldonado Romero** declaro ser autor del presente trabajo de tesis: **“SOBRECARGA Y NIVELES DE ANSIEDAD EN CUIDADORAS DE PACIENTES CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER DEL ÁREA DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS DEL IESS DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2015”**, y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: Pablo Paul Maldonado Romero.

Firma: 

Cedula: 1104510555

Fecha: 28/10/2015

**CARTA DE AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL AUTOR, PARA LA CONSULTA,
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL
TEXTO COMPLETO.**

Yo **Pablo Paul Maldonado Romero**, declaro ser el autor de la tesis titulada: "SOBRECARGA Y NIVELES DE ANSIEDAD EN CUIDADORAS DE PACIENTES CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER DEL ÁREA DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS DEL IESS DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2015", como requisito para optar el grado de **PSICÓLOGO CLÍNICO**; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con la cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los veintiocho días del mes de Octubre del dos mil quince, firma el autor.

Firma: 

Autor: Pablo Paul Maldonado Romero.

Cédula: 1104510555

Dirección: Macara y Lourdes Esquina

Correo Electrónico: pablopaul_5@hotmail.com

Teléfono: 0988691758

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora de Tesis: Dra. Mayra Rivas Paladines Mg. Sc.

TRIBUNAL DE GRADO

Presidente: Dra. Mg. Sc. Ana Catalina Puertas Azanza

Vocal: Psic. Clin. Stefany Miroslava Arévalo Cuenca

Vocal: Lic. Diego Segundo Andrade Mejía

DEDICATORIA

A Dios quien me ha permitido lograr esta meta tan anhelada, a mis docentes universitarios testigos del esfuerzo y dedicación en los 5 años de estudios académicos , a mi querida hija Emilia Valentina Maldonado León fuente de motivación.

A mis padres, a quienes amo Lilian de los Ángeles y Vicente Paúl por ser el pilar en todos los aspectos de mi vida.

A mis hermana María del Cisne por brindarme su apoyo.

A mi esposa Cristina Nathali León Sánchez por apoyarme a culminar mi etapa universitaria.

A mis amigos, compañeros con quienes he compartido momentos muy importantes de mi vida y sobre todo por el constante apoyo durante este proceso estudiantil.

A mi Directora de Tesis Dra. Mayra Rivas por su paciencia, generosidad durante mi formación profesional y desarrollo de este proyecto.

PABLO PAUL

AGRADECIMIENTO

Al haber culminado el presente trabajo, expreso mis sinceros agradecimientos primero a Dios, a mis padres y a mi hermana, por todo su apoyo, sacrificio y esfuerzo.

Así mismo expreso mi agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja al Área de la Salud Humana, en especial a la Carrera de Psicología Clínica, y sus docentes, por la formación académica brindada en todo este trayecto.

De manera especial agradezco a la Dra. Mayra Rivas quien brindo su tiempo, apoyo y conocimiento en este trabajo.

Mi reconocimiento y agradecimiento al Hospital Manuel Ygnacio Monteros del IEES, quienes me abrieron sus puertas con amabilidad y sin ningún impedimento e hicieron posible el presente estudio.

De igual manera a todas las personas que contribuyeron de una u otra forma a la realización de mi tesis.

EL AUTOR

a. TÍTULO

“SOBRECARGA Y NIVELES DE ANSIEDAD EN CUIDADORAS DE PACIENTES CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER DEL ÁREA DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS DEL IESS DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2015”

b. RESUMEN

En la presente investigación se planteó un objetivo general: Determinar la sobrecarga y los niveles de ansiedad de las cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer del área de psiquiatría del Hospital Manuel Y. Monteros del IEES de la ciudad de Loja, periodo 2015 y proponer un plan psicoeducativo en salud mental dirigido a este grupo social, cuatro objetivos específicos: Identificar el grado de sobrecarga presente en las cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer; indagar los factores de riesgo que aumentan el grado de sobrecarga; precisar los niveles de ansiedad presentes en las cuidadoras; elaborar un plan de psicoeducación. La investigación fue de carácter descriptivo, con enfoque cuantitativo. El tipo de muestreo aplicado fue el aleatorio estratificado, es decir la muestra fue distribuida tomando en cuenta el peso porcentual del número de pacientes con demencia tipo Alzheimer que existe en cada circunscripción territorial y en cada barrio que la confirman. Segmentando el tamaño de la muestra para las circunscripciones de la ciudad de Loja, quedo distribuida de la siguiente manera: 10 casos para la circunscripción 1 y 20 casos para circunscripción 2. Para la obtención de datos se aplicó a las cuidadoras el inventario de sobrecarga Zarit, para determinar el grado de sobrecarga y los factores de riesgo, la escala de valoración de Max Hamilton con el fin de conocer los niveles de ansiedad de las cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Entre los resultados más relevantes se puede mencionar que las consecuencias como la limitación económica, la falta de conocimiento de la enfermedad de Alzheimer producen sobrecarga intensa en las cuidadoras primarias y niveles de ansiedad moderada de tipo psíquica que afectan a su salud psicofísica como al sistema familiar y el ambiente donde se desarrolla el paciente con la enfermedad mencionada.

Palabras Claves: Demencia Tipo Alzheimer, Cuidador Primario, Ansiedad.

ABSTRACT

In the present investigation it raises a general objective: Determine overload and anxiety levels of caregivers of patients with Alzheimer's dementia area hospital psychiatry Manuel Y. Monteros IESS city of Loja, 2015 period and propose a psychoeducational mental health plan aimed at this social group, four specific objectives: Identify the degree of overload present in caregivers of patients with Alzheimer's dementia; investigate risk factors that increase the degree of overload; specifying levels of anxiety present in caregivers; develop a plan of psychoeducation. The research was descriptive character, with quantitative and qualitative approach. That is to say the sampling was stratified random applied, the sample was distributed taking into account the weight percentage of the number of patients with Alzheimer kind in each territorial constituency and every district that is confirmed dementia. Segmenting the sample size for districts of the city of Loja, It was distributed as follows: 10 cases to constituency 1 and constituency to constituency 2. For data collection was applied carers to inventory Zarit Overload. To determine the degree of overload and risk factors, the rating scale Max Hamilton in order to know the levels of anxiety of caregivers of patients with Alzheimer's dementia. Among the most relevant results, we can conclude that the economic consequences limitation, lack of awareness of Alzheimer's disease produce intense overload in the primary caregivers and moderate levels of anxiety of psychic activities which affect their medical health and the family system and the environment in which the patient develops the disease mentioned.

Keywords: Alzheimer's Dementia, Primary Caregiver Anxiety.

c. INTRODUCCIÓN

En nuestro país es conocida la elevada frecuencia de los trastornos mentales y psicosociales en la población. Los estudios epidemiológicos demuestran que existe una alta morbilidad psiquiátrica en la práctica médica general a nivel mundial, nacional y local. (OMS, 2011)

En cuanto a la desatención del sector social conlleva a múltiples problemas sociales inmerso en este la falta de información a las familias acerca de los cuidados y atención de una persona con un trastorno mental. En nuestro país existe un amplio porcentaje de familias caracterizadas por problemáticas que suelen ser enfocadas en la sobrecarga, falta de organización, irresponsabilidad frente a la aparición de un evento ajeno a su realidad actual. (OMS, 2011)

La Ciudad de Loja, presenta una alta tasa de morbilidad a causa de trastornos mentales en los últimos años, siendo el Alzheimer el de mayor prevalencia e incidencia, a lo cual se suma el desconocimiento de la enfermedad por parte de la población y a su vez falta de apoyo para los familiares en el transcurso de la misma. (INEC, 2009)

Es conocido que el 80 % de las familias asumen en el propio domicilio, los cuidados de los enfermos con trastornos mentales. El 65% de los familiares que cuidan directamente al enfermo sufrirán cambios sustanciales en sus vidas y una importante disminución de su salud física o psíquica, llegando el 20% a desarrollar un cuadro intenso conocido como "Burn-Out" o del cuidador-quemado. (Hutton, 2007)

Para valorar adecuadamente el impacto familiar y personal del hecho de cuidar debemos considerar que el Alzheimer es una enfermedad crónica degenerativa que ha ido evolucionando a través del tiempo, afecta principalmente al paciente como a su familia siendo la primera entre las enfermedades neurodegenerativas, así como el primer tipo de demencia en la población del adulto mayor. (Alberca-Serrano y López-Pousa, 1998). El cuidador principal de un enfermo de Alzheimer suele ser una mujer, hijas (60%) o cónyuge (30%) del enfermo (Crespo y Cols, 2003), que actúa generalmente en solitario ya que rara es la familia en la que sus miembros trabajen realmente equitativamente "en equipo" a la hora de cuidar al enfermo (Sancho, 2002). Este cuidador principal va asumiendo paulatinamente la mayor parte de las

tareas del cuidar, hasta llegar a emplear la mayor parte del tiempo a esta labor. La sobrecarga de tareas se va acumulando sobre la familia, así como la fuente de conflictos que ello puede acarrear, el agotamiento económico de los recursos familiares y el posible burn-out del cuidador familiar principal. En este sentido, se estima que alrededor de un 40% de los cuidadores no reciben ayuda de ninguna otra persona, ni siquiera de familiares cercanos. (Hutton, 2007)

Es por ello que se ha creído conveniente realizar el presente trabajo investigativo denominado: **“SOBRECARGA Y NIVELES DE ANSIEDAD EN CUIDADORAS DE PACIENTES CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER DEL ÁREA DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS DEL IEES DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2015”**, abordándose en la revisión de literatura los siguientes temas y subtemas: Enfermedad de Alzheimer (antecedentes, definición, síntomas), Cuidador principal (definición, tipos, problemas físicos y psicológicos, factores de riesgo), Ansiedad del Cuidador (definición, sintomatología ansiosa, clasificación y niveles de ansiedad) Sobrecarga (definición, tipos y características).

En la presente investigación se planteó un objetivo general: Determinar la sobrecarga y los niveles de ansiedad de las cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer del área de psiquiatría del Hospital Manuel Ygnacio Monteros del IEES de la ciudad de Loja, periodo 2015 y proponer un plan psicoeducativo en salud mental dirigido a este grupo social, cuatro objetivos específicos: Identificar el grado de sobrecarga presente en las cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer; Indagar los factores de riesgo que aumentan el grado de sobrecarga en las cuidadoras; precisar los niveles de ansiedad presentes en las cuidadoras; elaborar un plan de Psicoeducación encaminado, a mejorar la calidad de vida de las cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer y alivianar la sobrecarga, prevenir los factores de riesgo y disminuir los niveles de ansiedad.

La investigación fue de carácter descriptivo, con enfoque cuantitativo, cualitativo. El tipo de muestreo aplicado fue el aleatorio estratificado, es decir la muestra fue distribuida tomando en cuenta el peso porcentual del número de pacientes con demencia tipo Alzheimer que existe en cada circunscripción territorial y en cada barrio que la confirman. Segmentando el tamaño

de la muestra para las circunscripciones de la ciudad de Loja, quedo distribuida de la siguiente manera: 10 casos para la circunscripción 1 y 20 casos para circunscripción 2.

Para la obtención de datos se aplicó a las cuidadoras el inventario de sobrecarga Zarit, para determinar el grado de sobrecarga y los factores de riesgo, la escala de valoración de Max Hamilton con el fin de conocer los niveles de ansiedad de las cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer.

d. REVISIÓN DE LITERATURA

1 DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

1.1 Antecedentes

En 1901 el psiquiatra alemán Alois Alzheimer identificó el primer caso de lo que se conoce hoy como enfermedad de Alzheimer, en una mujer de cincuenta y un años de edad, a quien llamó «Auguste D». El investigador hizo seguimiento de su paciente hasta su muerte en 1906, momento en que por primera vez reportó el caso públicamente. (Alzheimers Association, 2014)

Caso Auguste D.

Uno de los primeros síntomas de la mujer de 51 años fue un fuerte sentimiento de celos hacia su marido. Pronto mostró progresivos fallos de memoria, no podía encontrar el camino a casa, arrastraba objetos sin sentido, se escondía o a veces pensaba que otras personas querían matarla, de forma que empezaba a gritar.

Durante su internamiento, sus gestos mostraban una completa impotencia. Estaba desorientada en tiempo y espacio. De cuando en cuando decía que no entendía nada, que se sentía confusa y totalmente perdida. A veces consideraba la llegada del médico como la visita de un oficial y pedía perdón por no haber acabado su trabajo, mientras que otras veces comenzaba a gritar por temor a que el médico quisiera operarla. En ocasiones lo despedía completamente indignada, chillando frases que indicaban su temor a que el médico quisiera herir su honor. De vez en cuando estaba completamente delirante, arrastrando las mantas de un lado a otro, llamando a su marido y a su hija, y con aspecto de tener alucinaciones auditivas. Con frecuencia gritaba durante horas y con una voz horrible.

La regresión mental avanzó gradualmente. Tras cuatro años y medio de enfermedad, la paciente falleció. Al final estaba completamente apática y confinada a la cama, donde adoptaba una posición fetal.

Tras la muerte de la mujer, Alzheimer le examinó el cerebro al microscopio. Anotó las alteraciones de las "neurofibrillas", elementos del citoesqueleto teñidos con una solución de

plata, la existencia de atrofia cortical, placas, ovillos y cambios arterioescleróticos. (Alois Alzheimer, 1907)

Los síntomas de la enfermedad como una entidad nosológica definida fueron identificados por Emil Kraepelin, mientras que la neuropatología característica fue observada por primera vez por Alois Alzheimer en 1906. Así pues, el descubrimiento de la enfermedad fue obra de ambos psiquiatras, que trabajaban en el mismo laboratorio. Sin embargo, dada la gran importancia que Kraepelin daba a encontrar la base neuropatológica de los desórdenes psiquiátricos, decidió nombrar a la enfermedad Alzhéimer en honor a su compañero. (Alzheimers Association, 2014)

1.2 Concepto de Demencia Tipo Alzheimer

Es una enfermedad neurodegenerativa que se manifiesta como deterioro cognitivo y trastornos conductuales, aparece con mayor frecuencia en personas mayores de 65 años de edad, se caracteriza en su forma típica por una pérdida de la memoria inmediata y de otras capacidades mentales, a medida que mueren las células nerviosas (neuronas) y se atrofian diferentes zonas del cerebro. La enfermedad suele tener una duración media aproximada después del diagnóstico de 10 años, aunque esto puede variar en proporción directa con la severidad de la enfermedad al momento del diagnóstico. (Lazarus, 2001).

Es una enfermedad neurológica degenerativa que provoca la pérdida progresiva de facultades cognitivas e intelectuales, llegando a la demencia. Aparecen en el cerebro depósitos proteicos insolubles que conforman la 'Placa senil' en el exterior de las neuronas y degeneraciones neurofibrilares en el interior neuronal. (Enciclopedia Salud, 2015)

1.3 Síntomas

Pérdidas de memoria y olvidos de los sucesos recientes.

No se recuerda el nombre de un familiar o de un lugar habitual.

Problemas de orientación en espacio y tiempo, incluso en la calle donde se vive.

Conforme avanza la enfermedad se intensifican los problemas de memoria.

Cambios en el comportamiento: mayor agresividad, trastornos del sueño, dificultad para realizar tareas cotidianas (vestirse, la higiene personal, comer).

Van aumentando los problemas del lenguaje: no se encuentran palabras concretas.

Finalmente la persona no reconoce las caras de sus propios familiares (Enciclopedia Salud, 2015)

Entendida como una de las enfermedades mentales más comunes hoy en día, el Alzheimer o mal de Alzheimer es una enfermedad degenerativa que se considera incurable y que puede ser aplacada pero no eliminada por completo ya que sigue avanzando hasta provocar la muerte de la persona. El mal de Alzheimer lleva ese nombre en honor al psiquiatra alemán que lo descubrió y designó formalmente, Alois Alzheimer. El Alzheimer es una enfermedad común entre personas de avanzada edad, normalmente mayores de 65 años. (ABC, 2010)

2. CUIDADOR DE PACIENTES CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

2.1 Definición

Se ha definido al cuidador como “aquella persona que asiste o cuida a otra persona afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales”. Los cuidadores principales de personas con demencia tipo Alzheimer, asumen las principales tareas y responsabilidades de cuidar, sin percibir remuneración económica por su trabajo y son aceptados como tales por el resto de los miembros de la familia. Su compromiso es significativo y duradero. (Hernández C.A, 1996)

2.2 Tipos de cuidadores

En la tarea de cuidado del adulto existen varios tipos de cuidadores que se pueden clasificar de acuerdo con el parentesco o la función que cumplen. (Gallar, 2004)

2.2.1 Según el parentesco

Esposa o esposo: cuando una persona se enferma, es muy común que su pareja asuma este rol. Esto implica una adaptación de la pareja a su nueva condición.

Padres o hijos: es posible que el paciente sea la mamá o el papá. En este caso, el hijo que tenga menor carga familiar o laboral es quien asume este rol. Si el enfermo es un hijo, es muy normal que la madre asuma esta responsabilidad por el amor que hay entre ellos.

Otro miembro de la familia: cuando se trata de un abuelo, primo o tío enfermo, se realiza una elección de la persona que mejor pueda desempeñar esta labor. Como en cualquier situación de la vida, este cambio requiere un proceso de acomodación. (Gallar, 2004)

2.2.2 Según las funciones de cuidado

Cuidador principal: generalmente vive en el domicilio del enfermo y es el encargado de la mayor parte de su cuidado. Tienen una relación muy cercana y por eso, se encuentra al cuidado del paciente casi todo el día.

Cuidador formal: es la persona que cuenta con la formación profesional para cuidar a un enfermo y obtiene una remuneración económica por esta labor.

Cuidador informal: son aquellas personas que forman parte del grupo familiar y colaboran en la atención del paciente. No están a cargo de su cuidado todo el tiempo pero ayudan en mayor o menor medida en el cuidado del enfermo. (Gallar, 2004)

2.3 Problemas físicos en el cuidador primario de pacientes con Alzheimer

Los familiares cuidadores primarios de un enfermo de Alzheimer suelen tener peor salud que los miembros de la familia no cuidadores y corren riesgo de sufrir mayor incidencia (cifras globales de cerca del 70%) de problemas orgánicos y fisiológicos tales como (de mayor a menor incidencia) (Gallant y Connell, 2001):

1. Trastornos osteomusculares y dolores asociados
2. Patologías cardiovasculares
3. Trastornos gastrointestinales
4. Alteraciones del sistema inmunológico
5. Problemas respiratorios (Webber y cols, 1994).

2.4 Problemas psicológicos en los cuidadores de pacientes con Alzheimer.

Problemas clínicos: Ansiedad lo padecen un 54% (nerviosismo, angustia, tensión, y estrés). Depresión o síntomas depresivos un 28% (tristeza, pesimismo, apatía). Padecen de hipocondría y otras ideas obsesivas el 17% de los cuidadores. En un 17% de ellos se detecta ideación paranoide. Muestran accesos de angustia (hasta llegar al pánico) el 11%, y también el 11% tienen alguna vez ideas suicidas. (Fernández, M. 2001)

Modificación de rasgos de personalidad: Muchos cuidadores, el 63%, se sienten inundados y desbordados por el problema (sobreimplicación emocional con el enfermo, centrarse obsesivamente todo el día en el paciente, estar pensando en él todo el tiempo). El 28% nota que empieza a conceder demasiada importancia a detalles diarios mínimos sin relevancia. Así mismo el 17% está más irritable que de costumbre (con hostilidad hacia el enfermo u otras personas). Actos rutinarios repetitivos (exceso de limpieza, etc) lo muestran un 17% (Fernández, M. 2001)

Problemas psicósomáticos: La gran mayoría, el 69% de los cuidadores, desarrollan problemas psicósomáticos (dolores de cabeza y de otras zonas, anorexia, temblor fino, problemas gástricos, disnea respiratoria, arritmias cardiacas y palpitaciones, sudoraciones y vértigos, alergias inmotivadas). Un 42% sufre de insomnio o de sueño no reparador. El 17% muestra fatiga crónica. El 11% muestran trastornos objetivos de la memoria y la concentración (no sólo quejas subjetivas). (Fernández, M. 2001)

Comportamientos negativos: El 54% de los cuidadores descuidan o abandonan las atenciones que daban a otros familiares, y el 33% abandonaban los autocuidados personales a sí mismos (peluquería, alimentación, ropa, etc). También muestran menos interés por actividades que sí importaban antes el 33% de los casos (de atención de actividad laboral, amistades o incluso relación conyugal). El 28% consumen exceso de café, tabaco, alcohol, y/o ansiolíticos e hipnóticos. (Martínez M, Morales B, 2006)

2.5 Factores de riesgo en el cuidador informal de pacientes con Alzheimer

Diferentes investigaciones, han identificado como posibles factores de riesgo en el cuidador familiar de pacientes con Alzheimer. (Artaso y Cols, 2003)

En relación al cuidador:

- Mala salud física previa
- Con historial previo de depresión o de trastornos de personalidad
- Sin cónyuge, pareja o amigos íntimos
- Ya mayor o anciano
- Sin otra actividad aparte del cuidar
- Sin otros parientes que convivan en el domicilio
- Bajo nivel económico
- Desconocimiento de la enfermedad y de su manejo práctico

2.6 Impacto que causa en el Cuidador la Demencia tipo Alzheimer

La responsabilidad de cuidar supone una elevada dedicación en tiempo para las cuidadoras, pero el «coste» de cuidar es mucho más amplio que el resultado de sumar las horas dedicadas a determinadas tareas: la vida de la cuidadora principal se ve condicionada por su papel. Si analizamos las repercusiones del cuidado sobre diferentes áreas de la vida, las cuidadoras perciben que cuidar afecta de forma importante a alguna de las áreas estudiadas, entre las que se incluyen la salud, el trabajo extra doméstico, la economía, el uso del tiempo o las relaciones familiares y sociales, entre otras. (Duran MA, 1996)

Al referirse al impacto de cuidar se han distinguido componentes objetivos y subjetivos. Los cuales tienen que ver con la dedicación al desempeño del rol cuidador. El tiempo de dedicación, la carga física, las actividades que desempeña la cuidadora se relaciona con la forma en que se percibe la situación y, en concreto, la respuesta emocional de la cuidadora ante la experiencia de cuidar. (Duran MA, 1996)

2.6.1 Impacto de cuidar en la salud y el bienestar

El impacto de cuidar en la salud de las cuidadoras es un aspecto frecuentemente abordado en los estudios sobre cuidado informal. Incluso ha llegado a acuñarse el desafortunado término

de «síndrome del cuidador» para describir el «conjunto de alteraciones médicas, físicas, psíquicas, psicosomáticas», e incluso «los problemas laborales, familiares y económicos» que enfrentan las cuidadoras. (García Calvente, 1999)

El análisis conjunto de varios indicadores pone de manifiesto que las personas que cuidan la salud de otros presentan con frecuencia, ellas mismas, una salud precaria. La presencia de problemas crónicos de tipo físico afecta a las cuidadoras informales, con un peso muy importante de problemas potencialmente invalidantes, como los articulares y circulatorios. Como consecuencia de la alta prevalencia de problemas crónicos y de síntomas no específicos, más de la mitad de cuidadoras presentan dificultades para la realización de las actividades normales para su edad. En cierta minoría de cuidadoras, la limitación es tan importante que la propia cuidadora requiere ayuda para realizar algunas actividades de la vida diaria. (García Calvente, 1999)

2.6.2 Impacto de cuidar en lo laboral, económico y social

Hacerse cargo de un familiar dependiente y desempeñar un trabajo no remunerado resulta una situación muy difícil de mantener para la mayoría de las cuidadoras. Una de las consecuencias más frecuentes de cuidar es el abandono, temporal o definitivo, de un trabajo remunerado, a lo que hay que añadir los casos también frecuentes en los que cuidar ha impedido a la cuidadora acceder a un empleo. (Hunt CK ,2003)

Otro grupo de repercusiones de cuidar en la vida de las cuidadoras tiene que ver con el modo en que cuidar afecta al uso del tiempo, así como a las relaciones familiares y sociales. Es un hecho claramente constatado que la alta dedicación a los cuidados conlleva en muchos casos una restricción de la vida social de las cuidadoras, disminuyendo las posibilidades de salir con amigos, de relacionarse con familiares y de recibir o realizar visitas. Otra de las consecuencias es la falta de tiempo para dedicarlo a actividades personales, para dedicarlo «a una misma» - incluido el cuidado de la propia salud-, y ésta es una de las repercusiones negativas que las cuidadoras experimentan con mayor frecuencia. La percepción de falta de tiempo para uno mismo es uno de los factores que aumenta la sobrecarga percibida por los cuidadores. (Hunt CK ,2003)

2.7 ANSIEDAD DEL CUIDADOR

2.7.1 Definición

La ansiedad en el cuidador se ve expresado por una anticipación de un daño o desgracia futuro en el paciente que cuida, acompañado de un sentimiento desagradable o de síntomas somáticos de tensión. Se trata de una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. (García J, 2001)

La ansiedad es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Por lo tanto, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Únicamente cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando un malestar significativo, con síntomas físicos, psicológicos y conductuales, la mayoría de las veces muy inespecíficos. (Duran, 2013)

El miedo y la ansiedad es parte de la vida. Puede sentirse ansioso antes de presentar una prueba o al caminar por una calle oscura. Este tipo de ansiedad es útil - puede permitirle estar más alerta o ser más cuidadoso. Suele terminar poco tiempo después de que salga de la situación que la provocó. Pero para las cuidadoras de personas con enfermedades degenerativas, la ansiedad no desaparece y empeora con el tiempo. Pueden sentir dolores en el pecho y tener pesadillas. (Gallardo, 2010)

2.7.2 Síntomas

Físicos

- Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad.
- Neuromusculares: temblores, tensión muscular, cefaleas, parestesias.
- Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial.
- Respiratorios: disnea, sensación de ahogo.

- Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo.
- Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual. (Stein D.J, 2004)

Psicológicos y conductuales

- Aprensión, preocupación, insomnio.
- Sensación de agobio.
- Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente.
- Dificultad de concentración, sensación de pérdida de memoria.
- Inquietud, irritabilidad, desasosiego.
- Conductas de evitación de determinadas situaciones.
- Obsesiones o compulsiones.
- Se siente afectado negativamente por todo.
- Temores injustificados.
- Pensamientos radicales “nunca” “jamás” “todo” “muy”.
- Hace constantes juicios de valor: “es todo inútil”.
- Llega a ignorar del contexto los aspectos positivos. (Stein D.J, 2004)

2.7.3 Clasificación

La ansiedad manifiesta cambios y activación fisiológica de tipo externo (sudoración, dilatación pupilar, temblor, tensión muscular, palidez facial, entre otros), interno (aceleración del ritmo cardíaco y respiratorio, descenso de la salivación, entre otros), e involuntarios o parcialmente voluntarios (palpitaciones, temblor, vómitos, desmayos, entre otros).

De igual manera se perciben subjetivamente de forma desagradable y ayudan a conformar el estado subjetivo de ansiedad (Sandín B. y Chorot, P, 1995).

La ansiedad se clasifica en:

2.7.3.1 Ansiedad psíquica:

Es aquella ansiedad que engloba sintomatología de tipo subjetivo padecida por el individuo tales como preocupación, aprensión, alteración en el ciclo del sueño, dificultad para concentrarse, entre otros. (Rodríguez-Naranjo, 2000)

2.7.3.2 Ansiedad somática:

Es aquella que engloba signos manifestados orgánicamente tales como dolor muscular, sequedad de la boca, taquicardia, entre otros. (Rodríguez-Naranjo, 2000)

2.7.4 Niveles de Ansiedad

Los niveles de ansiedad se han considerado de la siguiente manera. (Hamilton, 1959)

- Ansiedad Leve
- Ansiedad Moderada
- Ansiedad Severa

2.7.4.1 Nivel de Ansiedad Leve.

- Aumenta el estado de alerta.
- Mejora el aprendizaje.
- Mejora el manejo de estrés.
- La resolución de problemas se hace máxima (Hamilton, 1959)

2.7.4.2 Nivel de Ansiedad Moderado.

- Capacidad para centrarse en las principales preocupaciones
- Dificultad para permanecer atento y aprender.
- Falta de atención selectiva.

- Resolución de problemas con ayuda
- Son útiles las técnicas de relajación. (Hamilton, 1959)

2.7.4.3 Nivel de Ansiedad Severa

- Incapacidad para centrarse y resolver problemas
- Activación del sistema nervioso simpático.
- Precisa actividades estructuradas.
- Intensa actividad muscular. (Hamilton, 1959)

2.8 SOBRECARGA O SINDROME DEL CUIDADOR QUEMADO

2.8.1 Definición

El concepto de sobrecarga (tomado del inglés *burden*, que se ha traducido libremente como “estar quemado”), originalmente fue descrito en 1974 por Freudenberguer e indica agotamiento físico, mental y emocional que experimentan los miembros de la familia frente al cuidado de un familiar con incapacidad o algún tipo de deterioro. También está relacionado con dificultades en la salud física, debido a una acumulación de estresores frente a los que el cuidador se encuentra desprovisto de estrategias adecuadas de afrontamiento para adaptarse a la situación; (Flórez, 1996) Por ejemplo:

- Actividades diarias que exigen una dependencia parcial o total del paciente hacia su cuidador (aseo personal, vestido, alimentación, entre otras.)
- Cambios conductuales del paciente
- Altos costos económicos
- Limitación de actividades propias que generen satisfacción personal

2.8.2 Tipos de sobrecarga

La teoría de la sobrecarga expone tipos de reacción que se pueden presentar en las cuidadoras: una sobrecarga objetiva, que se debe al esfuerzo que implica el desempeño de las

tareas del cuidado, con las demandas económicas y restricciones sociales derivadas de las mismas; y una subjetiva que se refiere a la dimensión de los sentimientos y emociones que le provocan dicha labor (Artoso, B, 2009)

Objetiva: Relacionada con la dedicación al desempeño del rol de cuidador, e implicaría las repercusiones concretas sobre la vida del cuidador; englobaría indicadores tales como el tiempo de cuidado, las tareas realizadas, el impacto del cuidado en el ámbito laboral, las limitaciones en la vida social y las restricciones en el tiempo libre.

Subjetiva: Una percepción del impacto del cuidado por parte del cuidador, también llamada tensión, hace referencia a las actitudes y a la reacción emocional del cuidador ante el desarrollo del cuidado, como por ejemplo; la moral baja o un estado de ánimo desmoralizado, ansiedad y depresión.

2.8.3 Características más prevalentes de la sobrecarga en los cuidadores

- **Trastornos en el patrón de sueño:** son un amplio grupo de padecimientos que afectan el desarrollo habitual del ciclo sueño-vigilia (RAE,2015)
- **Irritabilidad:** Tendencia a irritarse por cualquier cosa, incluso por cosas que no irritan a otras personas. (RAE,2015)
- **Altos niveles de ansiedad:** Es una respuesta normal o adaptativa, que prepara al cuerpo para reaccionar ante una situación de emergencia. (RAE,2015)
- **Reacción exagerada a las críticas:** ante una crítica, incluso aunque la hayas expresado de un modo totalmente constructivo, sin ánimo de ofender en lo más mínimo, esa persona responde con una ira desmedida. (RAE,2015)
- **Dificultad en las relaciones interpersonales:** aparecen siempre conflictos en las relaciones interpersonales. (RAE,2015)
- **Sentimientos de desesperanza la mayor parte del tiempo:** Estado de ánimo del que no tiene esperanza o la ha perdido, en cualquier actividad que desempeña (RAE,2015)
- **Resentimiento hacia la persona que cuida:** Sentimiento persistente de disgusto o enfado hacia alguien por considerarlo causante de cierta ofensa o daño sufridos y que se manifiesta en palabras o actos hostiles(RAE,2015)

- **Frecuentes dolores de cabeza o de espalda:** Percepción sensorial localizada y subjetiva que puede ser más o menos intensa, molesta o desagradable y que se siente en una parte del cuerpo; es el resultado de una excitación o estimulación de terminaciones nerviosas sensitivas especializadas. (RAE,2015)
- **Perdida de energía, sensación de cansancio:** El **cansancio** es la falta de fuerzas después de realizar un esfuerzo físico, intelectual o emocional, o por la falta de descanso. (RAE,2015)
- **Aislamiento:** se presenta cuando una persona se aleja totalmente de su entorno de manera involuntaria aunque pueda pensarse lo contrario. (RAE,2015)
- **Perdida de interés** es la incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades. Se considera una falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros. (RAE,2015)
- **Dificultades para concentrarse y alteraciones de memoria:** hace referencia a la carencia o a la absoluta ausencia de aquello que se considera necesario en un determinado contexto(RAE,2015)

e. MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación es de carácter descriptivo, con enfoque cuanti-cualitativo, se sustentará en el paradigma de la salud mental, y para indagar los objetivos propuestos se empleó técnicas e instrumentos, que permitieron aclarar la problemática planteada en la investigación. Fue de tipo transversal o sincrónica; su finalidad es aplicada, ya que contribuirá a comprender y sugerir alternativas al problema en estudio

MUESTREO

El tipo de muestreo aplicado fue el aleatorio estratificado, es decir la muestra fue distribuida tomando en cuenta el peso porcentual del número de pacientes con demencia tipo Alzheimer que existe en cada circunscripción territorial y en cada barrio que la confirman. Segmentando el tamaño de la muestra para las circunscripciones de la ciudad de Loja, quedo distribuida de la siguiente manera: 10 casos para la circunscripción 1 y 20 casos para circunscripción 2.

Es importante señalar que todas las cuidadoras de estos pacientes son familiares informales de sexo femenino, el 76,7% tienen una edad entre 46 y 55 años, y el 23,3% son mayores de 55 años y menores de 65 años.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Las cuidadoras primarias de pacientes diagnosticados con demencia tipo Alzheimer.
- Las cuidadoras que firmaron el consentimiento informado.
- Las cuidadoras que no presentan trastornos diagnosticados ni se encuentren en tratamiento.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Los cuidadores de sexo masculino de pacientes con demencia tipo Alzheimer que acuden al área de psiquiatría del Hospital Manuel Ygnacio Monteros.
- Los cuidadores que no son familiares y reciben remuneración.
- Las cuidadoras que no deseen participar de la investigación.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

Test Psicométricos: son instrumentos de evaluación y exploración del psiquismo humano, que arrojan resultados cuantificables, que pueden compararse en un baremo, es decir, un gráfico estadístico que permite ubicar todos los resultados y compararlos con la norma, los mismos que sirvieron para indagar la problemática planteada en la investigación; entre ellos se hará uso de:

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR- TEST ZARIT

AUTOR: Steven H. Zarit. Distinguido Profesor del Departamento de Estudios de la Familia y Desarrollo Humano; Profesor Adjunto, Instituto de Gerontología, Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud.

Intereses: Desarrollo y el envejecimiento de adulto; la salud y el envejecimiento mental; las comparaciones entre países de la atención vejez; investigación de la intervención.

Alcance y medios Intereses: (público en general, profesionales, investigadores): la enfermedad de Alzheimer; cuidado familiar; los más ancianos; el envejecimiento y la salud mental.

Líneas de Investigación: Cuidado familiar de las personas mayores; la salud y el funcionamiento de las más antiguas de edad; desarrollo de programas de prevención y tratamiento para problemas de salud mental en la edad adulta; comparaciones internacionales de los sistemas de atención vejez.

Indicación:

Medir el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de ancianos afectados de trastornos mentales.

Administración:

Consta de 22 ítems relacionados con las sensaciones del cuidador cuando cuidan a otra persona, cada uno de los cuales se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde 1 (nunca) a 5 (casi siempre).

Interpretación:

< 47: No sobrecarga

47 a 55: Sobrecarga leve

>55: Sobrecarga intensa

Reevaluación: Cuando la situación del paciente cambie o se sospeche aparición de sobrecarga en el cuidador. De forma genérica con carácter anual.

Propiedades psicométricas: Se ha estudiado la validez de concepto y la validez de constructo. La consistencia interna de la escala es de 0,91 y la fiabilidad test-retest es de 0,86.

ESCALA VALORATIVA DE ANSIEDAD DE MAX HAMILTON

La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) fue diseñada en 1959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1.969 dividió el ítem “síntomas somáticos generales” en dos (“somáticos musculares” y “somáticos sensoriales”) quedando en 14. Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Su objetivo era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia). Existe una versión española, realizada por Carroble y cols en 1986, que es la que presentamos. Así mismo, está disponible una para aplicación informática y otra para utilización mediante sistema de video.

Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe complementarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. El propio autor indicó para cada ítems una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos del anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo.

Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que raramente debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados. Sólo algunas cuestiones hacen referencia a signos que pueden observarse durante la entrevista, por lo que el paciente debe ser interrogado sobre su estado en los últimos días. Se aconseja un mínimo de 3 días y un máximo de 3 semanas. Bech y Cols recomiendan administrarla siempre a la misma hora del día, debido a las fluctuaciones del estado de ánimo del paciente, proponiendo a modo de ejemplo entre las 8 y las 9 am.

INTERPRETACIÓN

Se trata de uno de los instrumentos más utilizados en estudios farmacológicos sobre ansiedad. Puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento. No distingue síntomas específicos de un trastorno de ansiedad, ni entre un desorden de ansiedad y una depresión ansiosa. A pesar de discriminar adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos, no se recomienda su uso como herramienta de screening ni de diagnóstico.

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Fiabilidad:

Muestra una buena consistencia interna. Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ($r = 0,74 - 0,96$). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ($r = 0,96$) y aceptable estabilidad después de un año ($r = 0,64$).

Validez:

La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by Covi^{18, 19} ($r = 0,63 - 0,75$) y con el Inventario de Ansiedad de Beck²⁰ ($r = 0,56$). Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos¹¹ (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton^{21, 22} ($r = 0,62 - 0,73$). Es sensible al cambio tras el tratamiento.

f. RESULTADOS

Objetivo 1.- Identificar el grado de sobrecarga presente en las cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer

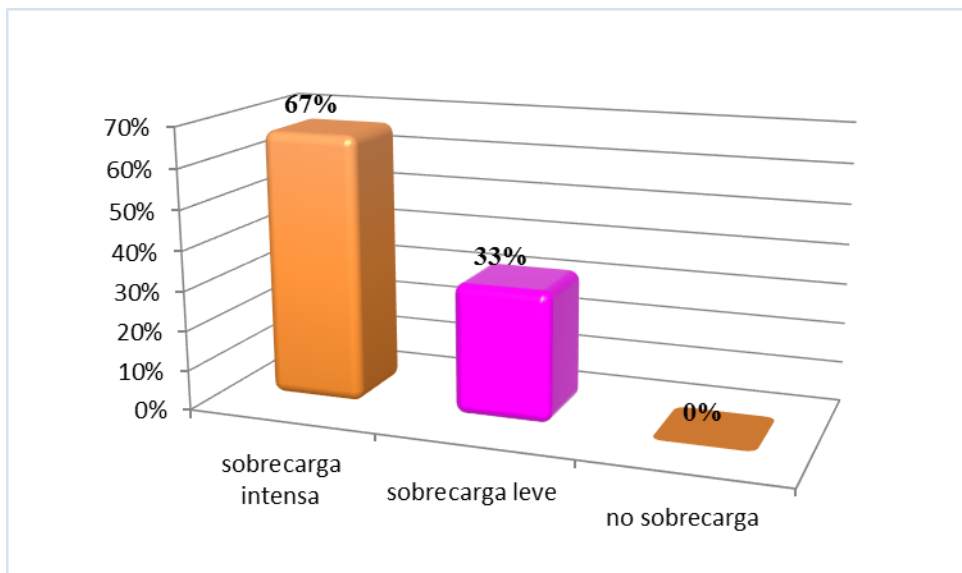
GRADO DE SOBRECARGA

GRADO DE SOBRECARGA	f	%
Sobrecarga Intensa (> 55)	19	67%
Sobrecarga leve (47 a 55)	11	33%
No Sobrecarga (< 47)	0	0%
TOTAL	30	100%

Fuente de Investigación: Escala de Sobrecarga del Cuidador- Test de Zarit

Aplicado: Pablo Paul Maldonado Romero.

GRADO DE SOBRECARGA



Fuente de Investigación: Escala de Sobrecarga del Cuidador- Test de Zarit

Aplicado: Pablo Paul Maldonado Romero.

Interpretación: La sobrecarga o síndrome del cuidador quemado, representa el profundo desgaste emocional y físico que experimenta la persona que convive y cuida a un enfermo crónico incurable, cuyo tipo demencia es el Alzheimer (DTA). Aplicando y basándome en la Escala de Sobrecarga del Cuidador-Test de Zarit se puede apreciar, que 19 cuidadoras que equivalen al (67%) presentan Sobrecarga Intensa, mientras que 11 cuidadoras que equivalen al (33%) están tipificadas con sobrecarga leve, y nadie presenta ausencia de sobrecarga. Es decir, el grado de sobrecarga si influye o afecta de manera negativa a todas las personas que cuidan a este tipo de pacientes.

OBJETIVO 2.- Indagar los factores de riesgo que aumentan el grado de sobrecarga en las cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer.

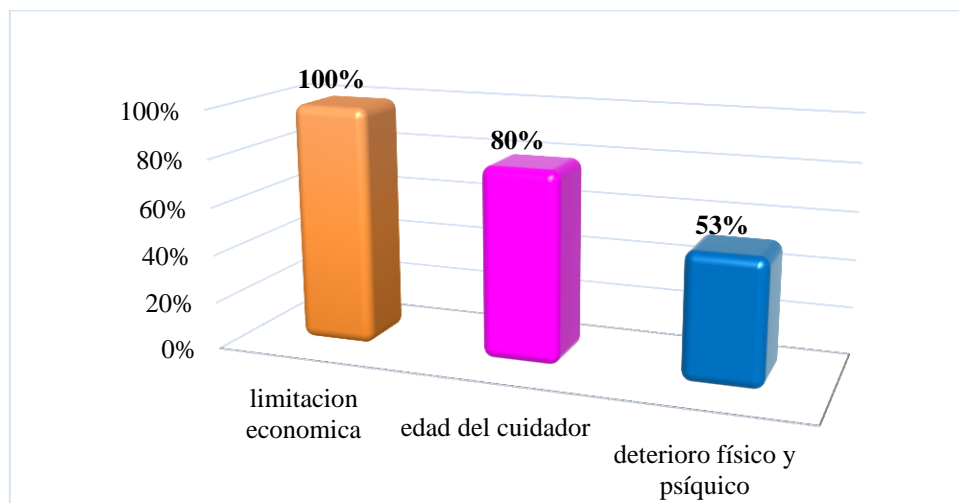
FACTORES DE RIESGO

FACTORES DE RIESGO	f	%
Limitación económica	30	100%
Edad del cuidador (mayor 50 años)	24	80%
Deterioro físico y Psíquico	16	53%

Fuente de Investigación: Escala de Sobrecarga del Cuidador- Test de Zarit.

Aplicado: Pablo Paul Maldonado Romero.

FACTORES DE RIESGO



Fuente de Investigación: Escala de Sobrecarga del Cuidador- Test de Zarit.

Aplicado: Pablo Paul Maldonado Romero.

Interpretación: Los factores de Riesgo se miden través de variables que inciden en el aumento del grado de sobrecarga, considerando que la mayoría de los cuidadores de pacientes con demencias crónico degenerativas como la demencia tipo Alzheimer (DTA) no reciben ayuda de ninguna otra persona ni siquiera de familiares cercanos, llegando a sufrir cambios sustanciales en sus vidas y una importante disminución de su salud física y psíquica llegando

a desarrollar un cuadro intenso conocido como sobrecarga o síndrome del cuidador quemado. Se evidencio en la escala de Sobrecarga del cuidador – Test Zarit aplicada a 30 cuidadoras de pacientes con Demencia Tipo Alzheimer la relación entre las variables y su presencia en todas las cuidadoras, siendo así los factores de riesgo que tienen mayor prevalencia de sobrecarga, debido a: la limitación económica para cubrir el financiamiento del cuidado y tratamiento, en el 100% de las cuidadoras; la edad del cuidador mayor de 50 años en un 80% y deterioro físico y psíquico del 53% las cuales predisponen y provocan un deterioro en todas las esferas del cuidador.

OBJETIVO 3.- Precisar los niveles de ansiedad presentes en las cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer

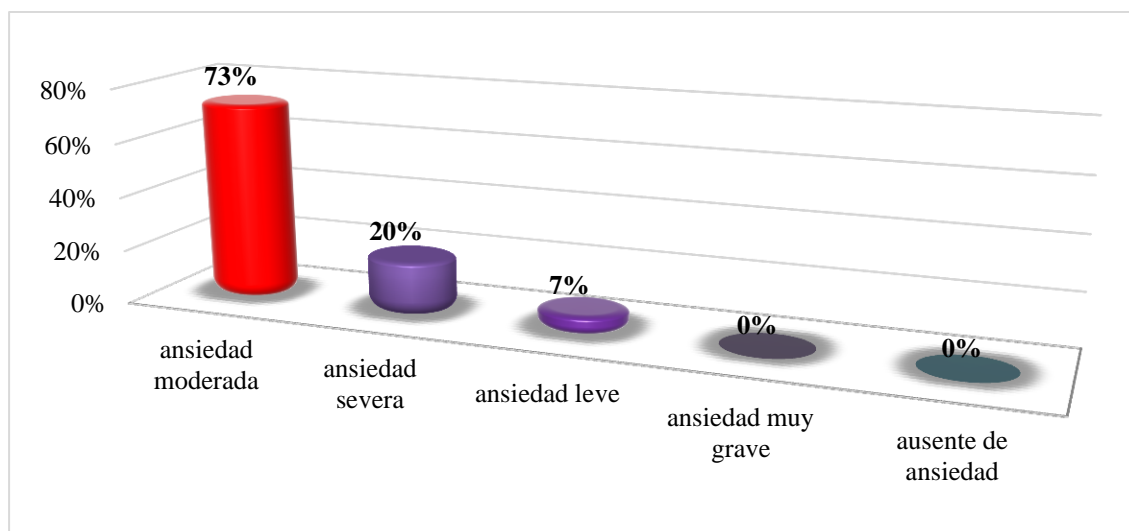
NIVELES DE ANSIEDAD

NIVELES DE ANSIEDAD (Puntuación)	f	%
Ansiedad muy grave (43-56)	0	0%
Ansiedad severa (29-42)	6	20%
Ansiedad moderada (15 - 28)	22	73%
Ansiedad leve (01-14)	2	7%
Ausente de ansiedad (0)	0	0%
TOTAL	30	100%

Fuente de Investigación: Escala valorativa de ansiedad de Max Hamilton

Aplicado: Pablo Paul Maldonado Romero

NIVELES DE ANSIEDAD



Fuente de Investigación: Escala valorativa de ansiedad de Max Hamilton

Aplicado: Pablo Paul Maldonado Romero

Interpretación: Como es conocido, la ansiedad es una sensación o un estado emocional ante determinadas situaciones y constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Además, cierto nivel de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Únicamente cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona es cuando la ansiedad se convierte en una patología, provocando un malestar significativo, con síntomas físicos, psicológicos y conductuales, es por eso que en base a la Escala Valorativa de Ansiedad de Max Hamilton la cual fue aplicada de acuerdo a la muestra y tipo de muestreo, se pudo evidenciar que de las 30 cuidadoras, el 73% de ellas presentan ansiedad moderada, el 20% ansiedad severa, y el 7% ansiedad leve. Acotando que, ninguna cuidadora presenta ansiedad muy grave ni tampoco muestran ausencia de ansiedad. Representando la ansiedad moderada el nivel de ansiedad con mayor prevalencia, debido al desconocimiento de la enfermedad, proceso de evolución del paciente así como la incertidumbre del cuidador frente a la enfermedad. De la misma manera los niveles se ven incrementados por la pérdida de individualización en sus actividades personales.

TIPOS DE ANSIEDAD

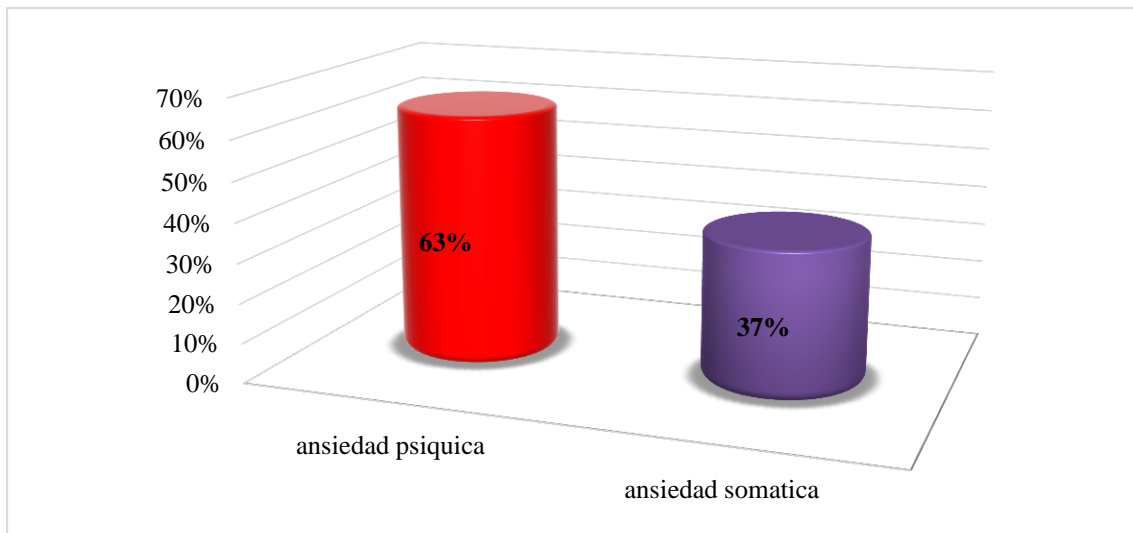
TABLA COMPARATIVA

TIPOS DE ANSIEDAD	f	%
Ansiedad Psíquica (tensión, miedos, insomnio, depresión)	19	63%
Ansiedad somática (dolor muscular, taquicardia, cefalea)	11	37%
TOTAL	30	100%

Fuente de Investigación: Escala valorativa de ansiedad de Max Hamilton

Aplicado: Pablo Paul Maldonado Romero.

TIPOS DE ANSIEDAD



Fuente de Investigación: Escala valorativa de ansiedad de Max Hamilton

Aplicado: Pablo Paul Maldonado Romero.

Interpretación: La ansiedad está relacionada con la supervivencia junto con el miedo, la ira, la tristeza o la felicidad, así como la existencia de síntomas somáticos como diaforesis, dolores y cansancio muscular, sofocación, escalofríos, micciones frecuentes. Tomando en cuenta que los niveles de ansiedad son evidentes, se consideró identificar ¿qué tipo de ansiedad, según su sintomatología, predomina? de esta manera tenemos que: el 63% mantienen una ansiedad psíquica, como la tensión, el miedo o la preocupación, mientras que la ansiedad somática, presente en el 37% de las cuidadoras, se refiere a los cambios físicos que ocurren en el cuerpo cuando una persona experimenta diaforesis, dolores y cansancio muscular, sofocación, escalofríos, micciones frecuentes.

g. DISCUSIÓN

En la presente investigación se obtuvieron los siguientes resultados sobre el grado de sobrecarga presente en las cuidadoras de demencia tipo Alzheimer: sobrecarga intensa 67%, sobrecarga leve 33% y nadie presenta ausencia de sobrecarga. Es decir, el grado de sobrecarga si influye o afecta de manera negativa a todas las personas que cuidan a este tipo de pacientes. Así mismo se indago los factores de riesgo que causan mayor sobrecarga en las cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer: la limitación económica para cubrir el financiamiento del cuidado y tratamiento, en el 100% de las cuidadoras; la edad del cuidador mayor de 50 años en un 80%; deterioro físico y psíquico del 53%; las cuales predisponen y provocan un deterioro en todas las esferas del cuidador. En la precisión de niveles de ansiedad presente en las cuidadoras de pacientes con demencia tipo Alzheimer el 73% de ellas presentan ansiedad moderada, el 20% ansiedad severa, y el 7% ansiedad leve. Acotando que, ninguna cuidadora presenta ansiedad muy grave ni tampoco muestran ausencia de ansiedad. Representando la ansiedad moderada el nivel de ansiedad con mayor prevalencia, debido al desconocimiento de la enfermedad, proceso de evolución del paciente así como la incertidumbre del cuidador frente a la enfermedad. De la misma manera los niveles se ven incrementados por la pérdida de individualización en sus actividades personales.

A contrastar con la investigación de los autores Roig María Vicenta Abengonzar, María del Carmen Serra Desfilis, Emilia en el 2006, los cuales miden la sobrecarga experimentada por los principales cuidadores de enfermos de Alzheimer, con las siguientes características: sujetos a partir de 20 años de edad y sin límite superior, cuidadores principales de ancianos con demencia tipo Alzheimer. Se controlaron las variables: edad, sexo, nivel económico, tipo de vínculo, tiempo de cuidado y el nivel de demencia (CAMDEX), así como las respuestas de los sujetos a un cuestionario sobre la Sobrecarga en Cuidadores de Ancianos con Demencia (SCAD). Los resultados de este estudio indican que experimentaron mayor sobrecarga los cuidadores que son mujeres, mayores de 56 años, comparto con los resultados obtenidos en el estudio antes mencionado, ya que se relaciona con la presente investigación, como la edad mayor a 50 años de Las cuidadoras, así como la presencia de sobrecarga y concordancia en el género, pese a no haber seguido los mismo lineamientos se hace énfasis en los resultados obtenidos.

En el consecuente estudio Enrique Javier Garcés de Los Fayos Ruiz, Ana Isabel Peinado Portero: En este trabajo se describen los efectos emocionales que sufren los familiares que asumen el papel de cuidadores principales de enfermos de Alzheimer, y en especial los niveles de ansiedad. Manifestándose mediante un complejo síndrome afectivo y motivacional, que acaece en quienes desempeñan tareas de ayuda a los demás, caracterizado por la presencia de síntomas de agotamiento emocional, despersonalización en el trato e inadecuación con la tarea que se realiza, niveles evidentes de ansiedad. El cuidado y atención constante que los familiares deben prestar al enfermo a lo largo de todas las fases de la enfermedad, asistiendo en calidad de testigos impotentes del deterioro progresivo e irreversible de su familiar, justifica frecuentemente la aparición de los niveles de ansiedad. En este trabajo se describen las variables que influyen en su aparición, desde el ámbito social, familiar y personal, modulando la relación entre cuidador y enfermo. Posteriormente se pone de manifiesto la ausencia de programas de prevención e intervención para paliar los síntomas de ansiedad. Por último, se concluye la necesidad de implementar programas de intervención psicológica que provean pautas adaptativas de afrontamiento a lo largo de las distintas fases de la enfermedad. El presente estudio tiene concordancia con la investigación realizada pues se relaciona las variables entre la cuidadora principal y los niveles de ansiedad presentes en las mismas debido al desconocimiento y evolución del paciente con demencia tipo Alzheimer, se enfatiza la necesidad de programas psicoeducativos para las cuidadoras y familiares de pacientes con demencia tipo Alzheimer.

h. CONCLUSIONES

- El grado de sobrecarga que presentan las cuidadoras primarias, informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer es de tipo intensa.
- Los principales factores de riesgo que incrementan la sobrecarga en las cuidadoras primarias son: edad, estado de salud y la condición socio económica.
- El nivel de ansiedad de mayor prevalencia en las cuidadoras primarias, informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer es moderado de tipo psíquico acompañado de los siguientes síntomas: aprensión, preocupación, irritabilidad, tensión muscular, inquietud e insomnio.

i. RECOMENDACIONES

- 1.** Se recomienda a las autoridades del Hospital Manuel Ygnacio Monteros coordinar entre el área de Psiquiatría y Salud Mental, estrategias de Psicoeducación, para sensibilizar a los familiares de los cuidadores primarios e informales, en el cuidado, apoyo y atención de pacientes con demencia tipo Alzheimer.
- 2.** Fomentar, desde el área de Psiquiatría y Salud Mental vínculos de relación del cuidador primario con trabajo social para que se realicen estudios de prevalencia de los factores de riesgo y se garantice el apoyo de la familia.
- 3.** Se sugiere que el área de Salud Mental del Hospital Manuel Ygnacio Monteros intervenga en atención médica y psicológica, para controlar los niveles de ansiedad moderada que presentan las cuidadoras informales y de esta manera evitar que caigan en ansiedad muy grave.
- 4.** Ejecutar el plan de Psicoeducación que se propone en la presente investigación, con la finalidad de hacer frente a los niveles de sobrecarga y ansiedad que presenta las cuidadoras primarias, informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer.

PLAN PSICO-EDUCATIVO

a. TEMA:

PLAN PSICO-EDUCATIVO PARA DISMINUIR LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y SOBRECARGA, ENCAMINADO A MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN LAS CUIDADORAS PRINCIPALES DE PACIENTES CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER

b. PRESENTACIÓN

El presente Plan Psico-Educativo está encaminado a brindar atención a los cuidadores y familiares de pacientes con demencia tipo Alzheimer del área de Psiquiatría del Hospital Manuel Ygnacio Monteros del IEES de Loja, para mejorar las relaciones intrafamiliares, estrategias de afrontamiento y fomentar cambios en el cuidado e incentivar a la familia a participar en el proceso clínico del paciente.

c. METODOLOGIA

El plan psicoeducativo, se lo efectuara de manera grupal, bajo la modalidad de taller, con contenidos y técnicas básicas para afrontar el impacto psicológico que conlleva el cuidado de pacientes diagnosticados con Demencia Tipo Alzheimer; tendrá una duración de tres días, en el horario de 09h00 a 13h00, y será dirigido a las cuidadoras y familiares de pacientes con demencia tipo Alzheimer; se debe indicar que se cuenta con un diagnóstico previo.

d. OBJETIVO

Ofrecer actividades de Psicoeducación que encaminen al cuidador informal a enfrentar la sobrecarga y los síntomas de ansiedad como aprensión, preocupación, irritabilidad, tensión muscular, inquietud e insomnio.

e. PLANIFICACIÓN DEL PLAN PSICOEDUCATIVO

PRIMERA FASE:

En esta etapa se realizara el encuadre respectivo, en el cual se explica el objetivo del taller de manera detallada, lo que permite, establecer los compromisos de trabajo, y se generara la predisposición de los participantes a trabajar de manera optimista y sincera; además se recogerá las expectativas, compromisos y temores de los asistentes.

SEGUNDA FASE:

Analizando de manera detallada y adecuada, los resultados obtenidos en la investigación, se socializa el diagnostico a los familiares y cuidadoras primarias de pacientes con demencia tipo Alzheimer, al que permitió llegar la investigación efectuada.

TERCERA FASE

Planificación de las actividades a desarrollar.

PRIMER DÍA:

HORA	TIEMPO	CONTENIDOS	METODOLOGÍA	MATERIALES	PARTICIPANTES
09h00 a 09h40	40 minutos	Presentación Dinámica	<p>Presentación del taller, presentación individual de cada uno de los expositores y su perfil profesional para dar el abordaje pertinente a la temática a tratar; seguido de una previa introducción sobre la Demencia de ALZHEIMER, y su impacto en la CUIDADORA INFORMAL, de modo que se cautive el interés de cada uno de los asistentes.</p> <p>Se aplicara la dinámica del árbol de los logros con la finalidad de fortalecer el autoestima y aspectos positivos de la persona encargada del cuidado. Se pide a los participantes que dibuje un árbol en una hoja de papel bond, y coloque en el tronco sus virtudes, en la raíz sus fortalezas, en las ramas sus logros y sus anhelos en la copa.</p>	<p>Sala de Sesiones del HMYM</p> <p>Sillas</p> <p>Proyector</p> <p>Computadora</p> <p>Lápiz</p> <p>Hojas de Papel</p> <p>Bond</p>	<p>Cuidadoras Informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer</p> <p>Facilitador</p>
09h40 a	60 minutos	SOBRECARGA Y NIVELES DE	<p>Primera parte: Exposición de la temática / 25 minutos</p> <p>Conferencia magistral, a través de diapositivas, sobre los contenidos</p>	<p>Sala de Sesiones del HMYM</p>	<p>Cuidadoras Informales de</p>

10h40		ANSIEDAD EN LA CUIDADORA INFORMAL Conceptualización Causas Repercusiones: Físicas Psicológicas Trabajo en equipo	a tratar. Segunda Parte: Trabajo en equipo: 30 minutos Se conformaran grupos de cinco personas organizados por el facilitador; los cuales se organizaran para realizar una reflexión, en torno a cómo ha repercutido que un integrante de la familia ha sido diagnosticado con ALZHEIMER Tercera parte: reflexiones individuales / 10 minutos Se le solicita a cada participante que exprese, de manera espontánea su opinión, sobre las reflexiones que han generado en su grupo.	Sillas Proyector Computadora	pacientes con demencia tipo Alzheimer Facilitador
10h40 a 11H00	20 minutos	Coffe break		Café –Tamal.	Asistentes
11h00 a 12h40	100 minutos	PELICULA	Primera Parte: Proyección de la película “IRIS” Se proyectara la película denominada IRIS, que tiene una duración de 86 minutos y se les explica a los asistentes, que sobre esta película al día siguiente se trabajara. Tercera Parte: Cierre y despedida del primer día / 10 minutos.	Sala de Sesiones del HMYM Sillas Proyector	Cuidadoras Informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer Facilitador

			Cada participante va a tomar la hoja que se encuentra debajo de cada uno de sus asientos, que fue colada previamente y va a anotar la temática que le llamo más la atención, seguido se le solicita que de forma voluntaria compartan el porque les llamo más la atención y si se siente identificado con la misma.	computadora	
SEGUNDO DÍA:					
09h00 a 09h20	20 minutos	Bienvenida al grupo Dinámica Reflexiva	Se aplicara una lectura reflexiva tomada del libro la culpa es de la vaca tomo 2 “El anillo Especial”, evidenciando un mensaje positivo con la finalidad de predisponer un estado de ánimo favorable hacia el taller.	Libro Sala de Sesiones del HMYM Sillas	Cuidadoras Informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer Facilitador
09h20 a 10h00	40 minutos	Reflexiones de la película	Primera parte: indicaciones generales Se conformaran grupos, indicándoles que el trabajo se trata sobre video proyectado: decidir cuál es el personaje del video que les llamo la atención, posterior deben escribir el mensaje que les deja el	Sala de Sesiones del HMYM Sillas Proyector Paleógrafos	Cuidadoras Informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer

			<p>video, para los cual se les entregara un paleógrafo y un marcador, luego todo el grupo tendrá que socializar su trabajo realizado</p> <p>Segunda parte: exposición y reflexión de los grupos</p>	<p>Marcadores</p> <p>Cinta</p>	<p>Facilitador</p>
<p>10h00</p> <p>a</p> <p>10h20</p>	<p>20</p> <p>minutos</p>	<p>Coffe break</p>		<p>Café- Humita</p>	<p>Asistentes</p>
<p>10h20</p> <p>a</p> <p>12h00</p>	<p>90</p> <p>minutos</p>	<p>Cuidador Informal</p> <p>Funciones de la familia</p> <p>Sobrecarga en la Cuidadora</p>	<p>Primera parte: conferencia magistral / 30 minutos</p> <p>Exposición de las temáticas a tratar, valiéndonos de diapositivas.</p> <p>Cambios de roles: comprender las actitudes del otro; reconocer sus sentimientos, actitudes y valores en el cuidado del paciente con demencia tipo Alzheimer.</p> <p>Dramatización: el facilitador da a conocer los datos necesarios, dando a conocer el conflicto, los personajes y la situación a dramatizar, los integrantes del grupo asumen el rol protagónico. No hay guion a seguir por este motivo la imaginación, originalidad e</p>	<p>Sala de Sesiones del HMYM</p> <p>Sillas</p>	<p>Cuidadoras Informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer</p> <p>Facilitador</p>

			<p>ingenio son primordiales.</p> <p>Finalmente se le solicita a cada participante, expresen que les ha parecido esta jornada de trabajo.</p>		
TERCER DÍA:					
09h00 a 10h00	60 minutos	TERAPIA DE RELAJACION	<p>Las cuidadoras presentan un nivel moderado de ansiedad, por lo cual se sugiere la terapia de relajación guiada en función de mejorar su calidad de vida. Se trabajara en un ambiente de silencio de manera grupal. Se proyecta música instrumental. Tomando en cuenta el siguiente esquema planteado.</p> <p>AMBIENTE: - Reducción de la estimulación sensorial ambiental - Ropa cómoda, Música ambiental</p> <p>SISTEMA MUSCULO-ESQUELÉTICO: - Reposo relativo - Atención-Percepción en un miembro o grupo muscular y “aflojar-soltar”.</p> <p>RESPIRACIÓN: - Espontánea - Rítmica - - Abdominal diafragmática.</p>	<p>Sala de Sesiones del HMYM</p> <p>Música Instrumental</p> <p>Colchoneta</p> <p>Velas</p> <p>Equipo</p>	<p>Cuidadoras Informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer</p> <p>Facilitador</p>

			PENSAMIENTO: - escenas agradables o neutras: paisajes, colores, sonidos.		
10h00 a 10h20	20 minutos	Coffe break		Café– Quimbolito	Asistentes
11h00 a 13h00	120 minutos	Cierre de Todo el proceso	En la parte final se realiza una retroalimentación de todo lo que se ha logrado conseguir durante el proceso y se refuerza todos los aspectos positivos que han existido, de ser posible se puede dar una recompensa por el trabajo realizado.	Sala de Sesiones del HMYM Sillas	Cuidadoras Informales de pacientes con demencia tipo Alzheimer Facilitador

j. BIBLIOGRAFÍA

LIBROS:

- Bermejo Pareja, Felix. Libro Blanco sobre la demencia y enfermedad de Alzheimer. 1 edición. Las rozas., Editorial Siglo, 2005.160p ISBN 84-609-4673-8
- Bobes Garcia, J. (2001). Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria. Barcelona, etc.: Masson.
- Hernández C. A. FAMILIA Y ADOLESCENCIA: Indicadores de Salud. MANUAL DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DEL ADOLESCENTE Washington, D.C., E. U. A. Segunda reimpresión, diciembre de 1996. Pág. 5
- Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5, American Psychiatric Association, Boulevard Arlington, Wilson. VA 22209-3901. Washington, 2013. PP. 132-133.
- GALLAR, Manuel. Promoción de la Salud y apoyo psicológico al paciente. 3ra Ed. Thomson, España 2004. Pág.120.
- Monitorio I, Fernández M. Lopez A, La entrevista de carga al cuidador: Utilidad y Validez del concepto de carga. Anales de Psicología 1998-actualizado 2001; 229-48
- Dueñas E, Martinez M, Morales B Muñoz C Viafara El Síndrome del Cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. Colombia Medica 2006;37 Suppl 1:31-8
- Lazarus RS Folkman S. Estrés y procesos cognitivos Barcelona Martinez Roca: 1984

- Yanguas JJ. Leturia M. El apoyo informal y el cuidado de las personas mayores dependientes. *Papeles del psicólogo* 2000: 76(2): 23-34
- American Psychiatric Association Manual Diagnostico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) 4ª ed. Washington APA 1995
- Peinado A Garcez Burnout en cuidadores principales de pacientes con demencia, el síndrome del asistente desasistido. *Anales de Psicología* 2004: 14-83-93

DOCUMENTOS ELECTRONICOS:

- Boada, M., Peña-Casanova, J., Bermejo, F. et alt. (1999). Coste de los recursos sanitarios de los pacientes demenciales. *Med Clin (Barcelona)*, 113: 690-5.
- Crespo, M., López, J., Gómez, M.M. y Cuenca, T. (2003). ¿El cuidador descuidado?. *Jano*, LXV; 1485: 54-5.
- Dippel, R.L. y Hutton, J.T. (2002). Asistencia y cuidado de un paciente con enfermedad degenerativo: decálogo del cuidador. Madrid: Témpora.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge to biomedicine. *Science*, 196: 129-36.
- (1996b). Síndrome de burn-out. Barcelona: Edika.
- Gallant, M. y Connell, C. (1998). The stress process among dementia spouse caregivers. *Research on aging*, 20 (3): 267-97.
- Almanaque El universo 2009 Pag 116 fuente INEC.

k. ANEXOS

ESCALA VALORATIVA DE ANSIEDAD DE MAX HAMILTON

DATOS DEL PACIENTE:

Apellido: -----Nombre: -----Sexo: -----

Edad: -----Fecha de la Consulta: -----Hora: -----

Puntuación Total: -----Ansiedad Psíquica: -----Ansiedad Somática: -----

INSTRUCCIONES: Seleccione cada ítem la nota que corresponda, según su experiencia, a la intensidad de comportamiento. Las definiciones que siguen al enunciado de ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha de la cifra (0-4) que define la intensidad.

Todos los ítems deben ser anotados.

0 AUSENTE	3 INTENSIDAD FUERTE
1 INTENSIDAD LEVE	4 INTENSIDAD MÁXIMA
2 INTENSIDAD MEDIA	(INVALIDANTE)

<p>1.- HUMOR ANSIOSO</p> <p>Inquietud, Espera de lo peor, Aprensión, (anticipación temerosa), Irritabilidad.</p>	<table style="margin: auto;"> <tr><td>0</td><td>1</td></tr> <tr><td></td><td>2</td></tr> <tr><td>3</td><td>4</td></tr> </table>	0	1		2	3	4
0	1						
	2						
3	4						
<p>2.- TENSIÓN</p> <p>Sensación de Tensión, Fatigabilidad, Imposibilidad de relajarse, Llanto fácil, Temblor, Sensación de no poder quedarse en un lugar.</p>	<table style="margin: auto;"> <tr><td>0</td><td>1</td></tr> <tr><td></td><td>2</td></tr> <tr><td>3</td><td>4</td></tr> </table>	0	1		2	3	4
0	1						
	2						
3	4						
<p>3.- MIEDOS</p> <p>A la oscuridad, A la gente desconocida, A quedarse solo(a), De los animales grandes, etc. Al tránsito callejero, A la multitud.</p>	<table style="margin: auto;"> <tr><td>0</td><td>1</td></tr> <tr><td></td><td>2</td></tr> <tr><td>3</td><td>4</td></tr> </table>	0	1		2	3	4
0	1						
	2						
3	4						
<p>4.- INSOMNIO</p> <p>Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.</p>	<table style="margin: auto;"> <tr><td>0</td><td>1</td></tr> <tr><td></td><td>2</td></tr> <tr><td>3</td><td>4</td></tr> </table>	0	1		2	3	4
0	1						
	2						
3	4						
<p>5.- FUNCIONES INTELECTUALES (Gnósicas)</p> <p>Dificultad de concentración. Mala memoria.</p>	<table style="margin: auto;"> <tr><td>0</td><td>1</td></tr> <tr><td></td><td>2</td></tr> <tr><td>3</td><td>4</td></tr> </table>	0	1		2	3	4
0	1						
	2						
3	4						

<p>6.- HUMOR DEPRESIVO</p> <p>Falta de interés. No disfrutar ya con sus pasatiempos. Depresión. Insomnio de la madrugada. Variaciones del humor durante el día.</p>	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>7.- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (Musculares)</p> <p>Dolores y cansancio muscular. Rigidez muscular. Sobresaltos musculares. Sacudidas crónicas. Chirridos de los dientes. Voz poco firme o insegura.</p>	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>8.- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (Sensoriales)</p> <p>Zumbidos de oídos. Visión borrosa. Sofocación o escalofríos. Sensación de debilidad. Sensación de hormigueo.</p>	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>9.- SINTOMAS CARDIOVASCULARES</p> <p>Taquicardia. Palpitaciones. Dolores en el pecho. Latidos vasculares. Extrasístoles.</p>	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>10.- SINTOMAS RESPIRATORIOS</p> <p>Peso en el pecho o sensación de opresión torácica. Sensación de ahogo. Suspiros. Falta de aire.</p>	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>11.- SINTOMAS GASTROINTESTINAES</p> <p>Dificultad para tragar. Meteorismo. Dispepsia. Dolor antes o después de comer.</p>	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>12.- SINTOMAS GENITO URINARIOS</p> <p>Amenorrea. Metrorragia. Aparición de la frigidez. Micciones frecuentes. Urgencia de micción. Eyaculación precoz. Ausencia de erección. Impotencia.</p>	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>13.- SINTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO</p> <p>Sequedad de la boca, accesos de rubor. Palidez. Transpiración excesiva. Vértigo. Cefalea de tensión. Horripilación.</p>	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>14.- COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA</p> <p>(GENERAL) tenso, incomodo. Agitación nerviosa: de las manos, frota sus dedos, prieta los</p>	<p>0 1 2 3 4</p>

<p>puños. Inestabilidad: postura cambiante. Temblor de las manos. Ceño arrugado. Facies tensa.</p> <p>Aumento de tono muscular. Respiración jadeante. Palidez facial.</p> <p>(FISIOLÓGICO) traga saliva. Eructos. Taquicardia de reposo. Frecuencia respiratoria de más de 2/mn. Reflejos tendinosos vivos. Temblor. Dilatación pupilar. Exoftalmia. Sudor. Miocionías palpebrales.</p>	
---	--

ALIFICACIÓN

OBSERVACIONES:-----

0	AUSENTE DE ANSIEDAD
01-14	ANSIEDAD LEVE
15-28	ANSIEDAD MODERADA
29-42	ANSIEDAD SEVERA
43-56	ANSIEDAD MUY GRAVE

TEST DE ZARIT ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
¿Piensa que su familiar depende de usted?	
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	

¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
TOTAL	

OPCIONES

1=Nunca, 2= Rara vez, 3= Algunas veces, 4=Bastantes veces, 5=Casi siempre

PROCEDIMIENTO:

Se aplica respondiendo las interrogantes planteadas con las opciones numéricas indicadas, seguidamente se suma cada uno de los ítems quien nos da el resultado final con el cual se tipifica el nivel de sobrecarga en la familia del paciente.

Objetivo:

Determinar la sobrecarga familiar en pacientes con demencia de Alzheimer. Determinar el grado de incidencia, generar un plan terapéutico para el cuidador afectado.

Año de creación: 1982.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ con No. De Cédula _____ en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente manifiesto que he sido debidamente informado/da por el egresado Sr. Pablo Paúl Maldonado Romero de la Carrera de Psicología Clínica quien ha manifestado el interés por indagar **LA SOBRECARGA Y NIVELES DE ANSIEDAD QUE MANIFIESTAN LAS CUIDADORAS DE PACIENTES CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER**; para lo cual, acepto participar siempre y cuando que la información sea tomada únicamente con fines de formación, teniendo en cuenta que:

He comprendido la naturaleza y propósito del procedimiento, he tenido oportunidad de aclarar mis dudas, estoy satisfecho/a con la información proporcionada, entiendo que mi consentimiento puede ser revocado en cualquier momento del proceso investigativo, reconozco que todos los datos proporcionados son ciertos y que no he omitido ningún dato que sea relevante para la investigación.

Por tanto, declaro estar debidamente informado y doy mi consentimiento expreso para participar en el proceso investigativo.

CI.



**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL "MANUEL Y. MONTEROS V."**

Loja, 24 de Julio del 2015

CERTIFICACIÓN

A quien corresponda:

Por medio de la presente, el Departamento de Psiquiatría del Hospital Manuel Ygnacio Monteros del IEES Loja, extiende el presente certificado, al Sr. **Maldonado Romero Pablo Paul** con cédula de identidad **1104510555**, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja, **QUIEN REALIZÓ SU INVESTIGACIÓN DE CAMPO Y APLICACIÓN DE REACTIVOS PSICOLÓGICOS EN CUIDADORAS DE PACIENTES CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER**, bajo la supervisión de la Dra. Verónica Vélez Psiquiatra de la Institución.

Lo Certificó para los fines consiguientes.

Atentamente:

Dra. Verónica Vélez.

PSIQUIATRA DEL H. "MYMV".

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
Dra. Verónica A. Vélez Mora
PSIQUIATRA
MSP: L. 3^{ra} - F. 1 - N° 3
2594 GENESGYT: 1008 - 12 - 749313
Reg. Psiquetróp. y Escapafec. N° 1102671440





UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

3 6

-Día Viernes 18/06/15
-Dra. Catalina Puertas Azanza

[Handwritten signature]
2015-06-18

Oficio N°. 479- CPSCL-ASH-UNL
Loja, 18 de junio de 2015

ACREDITACIÓN N° 001-073-CEAACES-2013

Ingeniero
Napoleón Orellana
**DIRECTOR ADMINISTRATIVO DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS
DEL IESS -LOJA**
Ciudad

De mi consideración:

Me es grato dirigirme a usted, con la finalidad de hacerle llegar un cordial saludo y a la vez solicitarle muy comedidamente, se digne autorizar a quien corresponda se de todas las facilidades a la señor **PABLO PAUL MALDONADO ROMERO**, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, a fin de aplicar los reactivos para la investigación del Proyecto titulado: **"SOBRECARGA Y NIVELES DE ANSIEDAD EN CUIDADORAS DE PACIENTES CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER DEL ÁREA DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS DEL IESS DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2015"**.

Por la atención que se digne dar a la presente, le expreso mis más sinceros agradecimientos.
Muy atentamente

[Handwritten signature]
Dra. Ana Catalina Puertas Azanza,
**COORDINADORA DE LA CARRERA
DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**



CA/ **PABLO PAUL MALDONADO ROMERO, CARPETA ESTUDIANTE Y ARCHIVO**

Construyendo Juntos la Nueva Universidad

Av. Manuel Ygnacio Monteros. Tel: 2571379 – 273480 Ext. 105, 106, 107

www.unl.edu.ec



UNL - Universidad Nacional de Loja



@nacionaldeloja



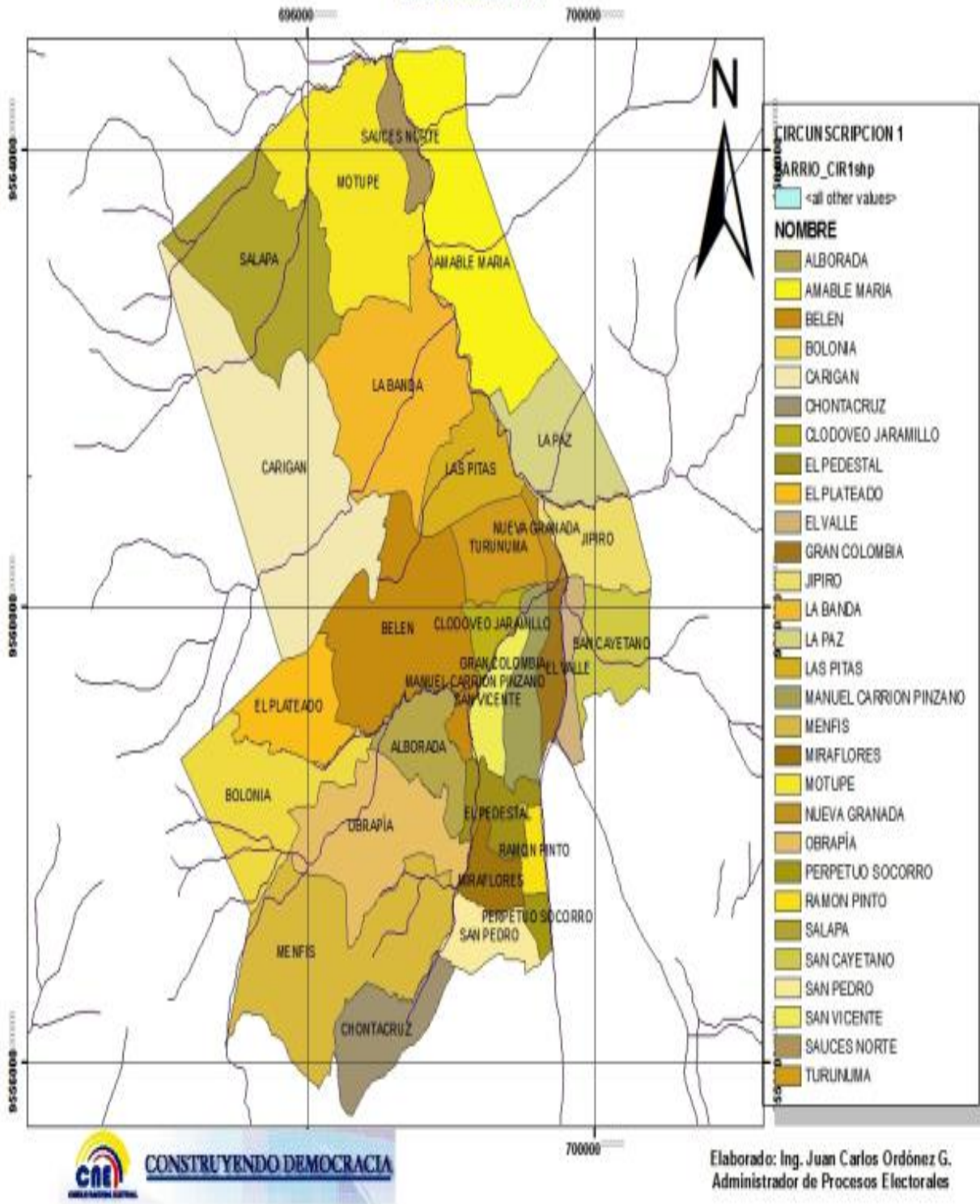
nacionaldeloja

Elaborado: Lic. Mariudka Terán Palacios

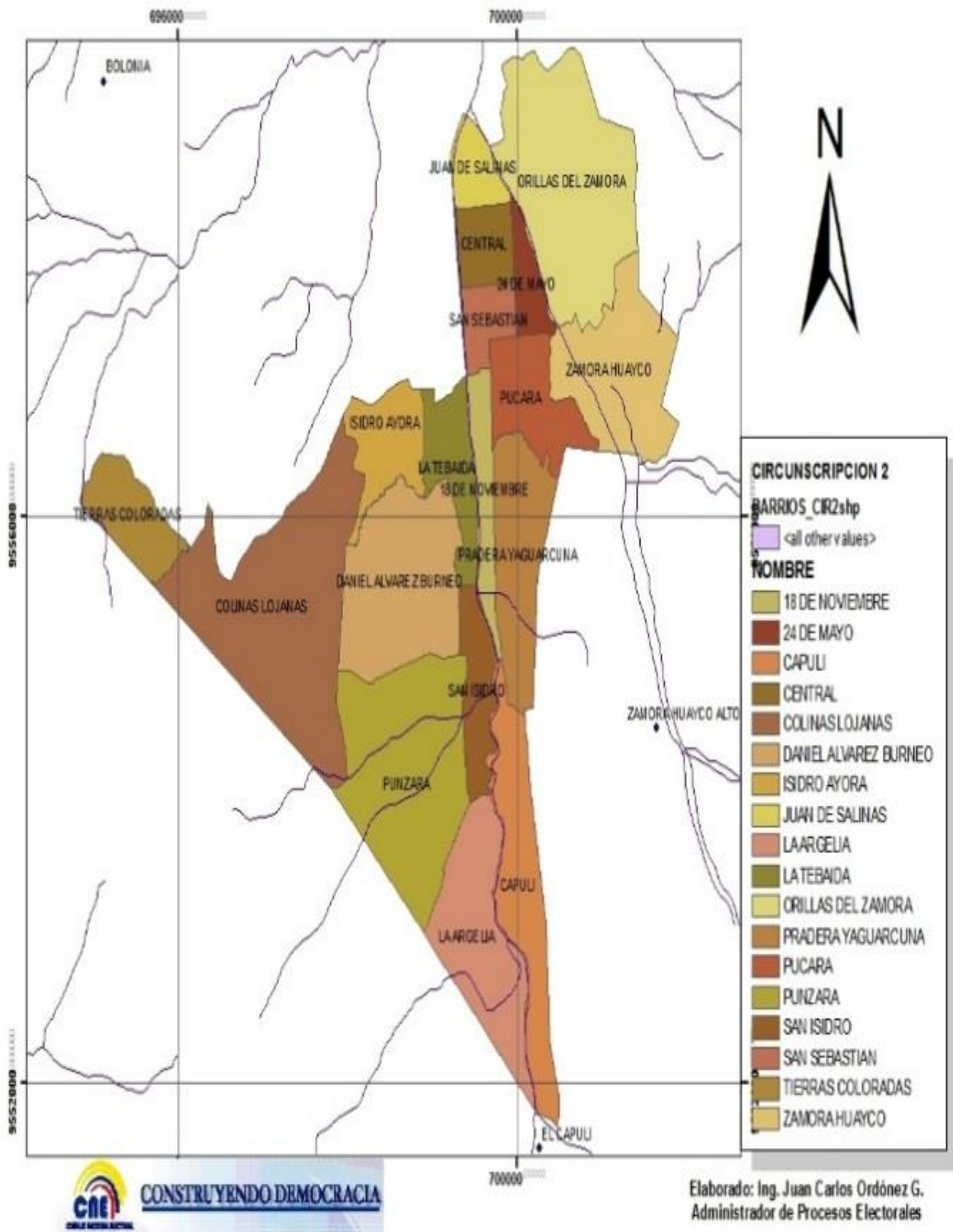
Cuadro N. 1: CIRCUNSCRIPCIÓN 1			
BARRIOS	Enfermos Reportados		Casos de Estudio
	No.	%	
San Cayetano	2	11,8%	1
Gran Colombia	3	17,6%	2
La Paz	3	17,6%	2
Las Pitas	3	17,6%	2
Motupe	2	11,8%	1
Labanda	2	11,8%	1
Clodoveo Jaramillo	2	11,8%	1
TOTAL Circunsc 1 =	17	100%	10

Cuadro N. 2: CIRCUNSCRIPCIÓN 2			
BARRIOS	Enfermos Reportados		Casos de Estudio
	No.	%	
Pradera-Yaguarcuna	4	10%	2
Daniel Alvarez	3	10%	2
Colinas Lojanas	5	15%	3
Argelia	3	10%	2
Tebaida	7	20%	4
San Sebastián	8	25%	5
Juan de Salinas	3	10%	2
TOTAL Circunsc 2 =	33	100%	20

CIRCUNSCRIPCION I



CIRCUNSCRIPCION 2



INDICE

CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORIA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
a) TITULO.....	1
b) RESUMEN.....	2
SUMARY.....	3
c) INTRODUCCION.....	4
d) REVISION DE LITERATURA.....	7
1. DEMENCIA TIPO ALZHEIMER.....	7
1.1 Antecedentes.....	7
1.2 Concepto de Demencia Tipo Alzheimer.....	8
1.3 Síntomas.....	8
2. CUIDADOR DE PACIENTES CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER.....	9
2.1 Definición.....	9
2.2 Tipos de cuidador.....	9
2.2.1. Según el parentesco.....	9
2.2.2. Según las funciones del cuidado.....	10
2.3 Problemas físicos en el cuidador primario de pacientes con Alzheimer.....	10
2.4 Problemas psicológicos en el cuidador de pacientes con Alzheimer.....	11
2.5 Factores de riesgo en el cuidador informal de pacientes con Alzheimer.....	11
2.6 Impacto que causa en el cuidador la Demencia Tipo Alzheimer.....	12
2.6.1 Impacto del cuidar en la salud y el bienestar.....	12
2.6.2 Impacto del cuidar en lo laboral económico y social.....	13
2.7 Ansiedad del Cuidador.....	14
2.7.1 Definición.....	14
2.7.2 Síntomas.....	14
2.7.3 Clasificación.....	15
2.7.3.1 Ansiedad Psíquica.....	16
2.7.3.2 Ansiedad Somática.....	16
2.7.4. Niveles de Ansiedad.....	16
2.7.4.1. Nivel de ansiedad leve.....	16
2.7.4.2. Nivel de ansiedad moderada.....	16
2.7.4.3. Nivel de ansiedad severa.....	17

2.8 Sobrecarga o síndrome del cuidador quemado.....	17
2.8.1 Definición.....	17
2.8.2 Tipos de sobrecarga.....	17
2.8.3 Características más prevalentes de la sobrecarga.....	18
e) MATERIALES Y METODOS.....	20
TECNICAS E INSTRUMENTOS.....	21
f) RESULTADOS	24
g) DISCUSIÓN.....	32
h) CONCLUSIONES.....	34
i) RECOMENDACIONES.....	35
PLAN PSICOEDUCATIVO.....	36
j) BIBLIOGRAFIA.....	44
k) ANEXOS.....	46