



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



**Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada con Énfasis en
Cuidado Gerontogeriatrico**

TESINA

Título:

**NIC: apoyo al cuidador principal del adulto mayor con demencia de
tipo vascular**

PRESENTA:

Licenciado en Enfermería

Pedro González Silva

**Para Obtener el Nivel de Especialista en Enfermería Clínica
Avanzada con Énfasis en Cuidado Gerontogeriatrico**

DIRECTORA DE TESINA

Dra. Erika Adriana Torres Hernández

San Luis Potosí S.L.P; Marzo del 2021



NIC: apoyo al cuidador principal del adulto mayor con demencia de tipo vascular. por ECGG. Pedro González Silva - Dra. Erika Adriana Torres Hernández se distribuye bajo una, [Licencia Creative Commons Atribución No Comercial-SinDerivadas 4.0 Internacional](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).
([href="http://creativecommons.org/licenses/by-nc nd/4.0/"](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)>Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional.)



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Título:

NIC: apoyo al cuidador principal del adulto mayor con demencia de tipo vascular

Tesina:

Para Obtener el Grado de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada con Énfasis en Cuidado Gerontogeriátrico

Presenta:

Lic. Enf. Pedro González Silva

Directora

Dra. Erika Adriana Torres Hernández

San Luis Potosí S.L.P; Marzo del 2021



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Título:

NIC: apoyo al cuidador principal del adulto mayor con demencia de tipo vascular

Tesina:

Para Obtener el Grado de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada con Énfasis en Cuidado Gerontogeriátrico

Presenta:

Lic. Enf. Pedro González Silva

SINODALES

Dra. Ma. del Rocío Rocha Rodríguez
Presidente

Firma

ECGG. Jair Aronia Rivera
Secretario

Firma

Dra. Erika Adriana Torres Hernández
Vocal

Firma

San Luis Potosí S.L.P

Marzo del 2021

DEDICATORIA

Primeramente, a Dios que nunca me abandona, me llena de fuerza y voluntad para salir adelante aún cuando las adversidades son muy grandes.

A mis padres por brindarme incondicionalmente el apoyo, estando en las buenas y en las malas, a lo largo de mi camino y sobre su amor que siempre me brindaron día a día.

A mi familia por el apoyo al elegir esta especialidad.

A mis amigos por recorrer juntos esta maravillosa especialidad y compartir experiencias de la vida.

Pedro

AGRADECIMIENTOS

A mi coordinadora que siempre me brindo el apoyo durante toda mi etapa profesional que se ha preocupado por el logro de las metas de cada uno de sus alumnos.

A cada uno de los docentes que estuvieron a lo largo de este año, compartiendo su experiencia profesional y aportando a mi crecimiento como ser humano.

Al asesor de tesina la Dra. Erika Adriana Torres Hernández por ser mi guía durante este proceso de formación y mi inspiración para superarme en la vida.

A la, Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosi por hacer posible el logro de todos mis objetivos para esta tesina para el cuidado dentro de la especialidad en enfermería clinica avanzada con énfasis en cuidado Gerontogeriatrico.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por la beca brindada para el desarrollo de mi etapa profesional al cursar esta especialidad dentro de la UASLP, para fortalecer mis conocimientos y así brindar cuidados de calidad hacia la población mexicana.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	OBJETIVOS.....	4
	2.1. General	4
	2.2. Específicos	4
III.	JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
IV.	METODOLOGÍA.....	13
V.	MARCO TEÓRICO	15
	5.1. Cuidador	15
	5.2. Tipos de cuidadores	19
	5.2.1. Cuidador familiar.....	19
	5.2.2. Cuidador primario familiar	19
	5.3. Fases de la persona al volverse cuidador	22
	5.3.1. Fase 1. Negación o falta de conciencia del problema.....	22
	5.3.2. Fase 2. Búsqueda de la información	22
	5.3.3. Fase 3. Reorganización	23
	5.3.4. Fase 4. Resolución	23
	5.4. Consecuencias del cuidado en la vida del cuidador.	24
	5.5. Demencia.....	26
	5.5.1. Demencias reversibles	30
	5.5.2. Diagnóstico	31
	5.5.3. Prevalencia	34
	5.5.4. Clasificación	36
	5.5.5. Tipos de demencias	37
	5.5.6. Otras demencias.....	37
	5.5.7. Tratamiento	38
	5.5.9. Manejo integral de la demencia.....	40
	5.5.10. Complicaciones	44
	5.6. Demencia de origen vascular.....	45
	5.6.1. Clasificación de las demencias vasculares	46
	5.6.2. Evaluación y manejo del deterioro cognitivo de origen vascular	49
	5.6.3. Manejo de la demencia vascular	51
VI.	CUIDADO DE ENFERMERÍA.....	53

VII.	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA PARA EL APOYO AL CUIDADOR	58
VIII.	CONCLUSIONES.....	88
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
X.	ANEXOS	98
	Anexo 1. Cronograma de actividades	99
	Anexo 2. Recursos materiales	100
	Anexo 3. Tratamiento farmacológico de la demencia	101
	Anexo 4. Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.	104
	Anexo 5. Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA)	105
	Anexo 6. Mini-examen Cognoscitivo de Lobo	106
	Anexo 7. Mini Mental State Examination (MMSE).....	107
	Anexo 8. Manual de apoyo al cuidador principal del adulto mayor con demencia de tipo vascular	108

RESUMEN.

Introducción: El papel del cuidador del adulto mayor es de vital importancia y de gran complejidad del cuidado de las personas con demencia puesto que realizan tareas, actividades prácticas y emocionales de cuidado. Los cuidadores de adultos mayores que sufren demencia se afectan en el orden físico, psíquico y socioeconómico, lo que conlleva a un elevado estrés que repercute en la calidad del cuidado que recibe el adulto mayor y en la propia evolución de la enfermedad o discapacidad. **Objetivo:** Se elaboró un manual de intervenciones de enfermería con base en la NIC: apoyo al cuidador principal, para el cuidado al cuidador de adultos mayores con demencia de tipo vascular. **Metodología:** Tipo de investigación documental, se partió el abordaje de la búsqueda de artículos científicos utilizando el centro de recursos académicos virtuales creativa con que cuenta la Universidad Autónoma de San Luis Potosí y a partir de ahí se realizó la búsqueda de diferentes bases de datos como cuiden, dialnet, lilacs, scielo, sciencedirect, con el uso de operadores booleanos and, and not, or, de tal forma se realizó cruces de descriptores de palabras claves para la búsqueda de artículos en español, inglés y portugués. **Resultados:** Desarrollo de un manual para el cuidado al cuidador con base a la NIC apoyo al cuidador principal del adulto mayor con demencia de tipo vascular proponiendo actividades y estrategias de cuidado con sustento científico y cuidando la pertinencia de su aplicabilidad. **Conclusiones:** La importancia de realizar manuales para el cuidado al cuidador principal de adultos mayores con demencia de tipo vascular es brindar las herramientas necesarias para el bienestar hacia este tipo de población, el compromiso profesional como enfermero especialista en Geronto geriatría es atender e implementar acciones basadas en el cuidador principal de adultos mayores, es indispensable generar este tipo de abordaje para poder brindar las actividades de cuidado para su mayor facilidad y abordaje de los pacientes.

Palabras clave: Cuidadores, terminología estandarizada de enfermería, enfermería geriátrica, atención de enfermería, demencia vascular.

SUMAMARY.

Introduction: The role of the elderly adult caregiver is of vital importance and of great complexity in the care of people with dementia since they carry out tasks, practical and emotional care activities. Caregivers of older adults who suffer from dementia are affected physically, mentally, and socioeconomically, which leads to high stress that affects the quality of care that the elderly person receives and the evolution of the disease or disability itself. **Objective:** A manual of nursing interventions was prepared based on the NIC supporting the main caregiver for the care of the caregiver of older adults with vascular dementia. **Methodology:** Type of documentary research, the approach to the search for scientific articles was started using the creative virtual academic resource center that the Autonomous University of San Luis Potosí has and from there the search of different databases was carried out such as cuiden, dialnet, lilacs, scielo, sciencedirect, with the use of boolean operators and, and not, or, in such a way, keyword descriptors were crossed to search for articles in Spanish, English and Portuguese. **Results:** Development of a manual for care for the caregiver based on the NIC, supporting the main caregiver of the elderly with vascular dementia, proposing activities and care strategies with scientific support and taking care of the relevance of their applicability. **Conclusions:** The importance of creating manuals for the care of the main caregiver of older adults with vascular dementia is to provide the necessary tools for the well-being of this type of population, the professional commitment as a specialist nurse in Geronto geriatrics is to attend and implement actions based on In the main caregiver of older adults, it is essential to generate this type of approach in order to provide care activities for greater ease and approach to patients.

Key words: Caregivers, standardized nursing terminology, geriatric nursing, nursing care, vascular dementia.

I. INTRODUCCIÓN.

Hoy en día es notable el envejecimiento de las personas, ya que pueden aspirar aún más de los 60 años según la Organización Mundial de la Salud (OMS), esto se debe en gran parte a la reducción de mortalidad en las primeras etapas de la vida sobre todo durante la infancia, el nacimiento y de la mortalidad de enfermedades infecciosas.

Este incremento en la esperanza de vida trae consigo también la posible aparición de enfermedades crónicas en el adulto mayor y en el último de los casos el desarrollo de dependencia para la realización de actividades básicas e instrumentales, lo que amerita el apoyo de una persona que acompañe la vida cotidiana de la persona mayor, por lo regular, este papel lo asume un familiar.

De la misma manera el cuidado de los adultos mayores dependientes puede implicar aspectos negativos para el familiar, como cambios en el estado físico y emocional, un desequilibrio entre la actividad y el descanso, así como un enfrentamiento individual comprometido.

Esto nos lleva a que el papel del cuidador, es de vital importancia y de gran complejidad del cuidado de las personas con demencia puesto que realizan tareas, actividades prácticas y emocionales de cuidado.⁽¹⁾

El cuidado del paciente con demencia tiene efectos físicos, psicológicos, sociales, económicos sobre quienes cuidan, es también causa de discapacidad, dependencia de los cuidadores y familiares.⁽¹⁾

Las personas que cuidan manifiestan satisfacción al compartir habilidades y fortalezas con los pacientes con demencia además del sentimiento de una relación estrecha con la persona afectada y la apreciación de estar juntos. La participación de otros miembros de la familia al cuidar adultos mayores con

demencia puede ser esenciales para disminuir las reacciones negativas de los cuidadores familiares.⁽¹⁾

Cuidar a una persona adulto mayor dependiente significa ayudarlo, respondiendo sus necesidades básicas e intentando mantener su bienestar con la mayor calidad y calidez. El cuidador principal es la persona que asume la responsabilidad de cuidar y la supervisión de los cuidados.

El ser cuidador implica responsabilizarse de todos los aspectos de la vida del enfermo; higiene, alimentación, vestido, medicación, seguridad, decidir dónde deben invertirse los esfuerzos, los recursos personales, económicos, tener que afrontar la sobrecarga física y emocional que supone la dedicación continuada al cuidado, enfrentarse a la pérdida paulatina de su autonomía, teniendo que compaginar los cuidados con el mantenimiento de sus relaciones en el entorno familiar, laboral y social.⁽²⁾

El estrés también es parte de los principales problemas a los que se enfrentan los cuidadores de los pacientes con enfermedades crónicas, el cual, a largo plazo de no ser tratado, condiciona la presencia de sobrecarga y afectaciones en la calidad de vida.⁽³⁾

La familia en su conjunto sufre un cambio en su dinámica y funcionamiento cuando uno de sus miembros envejecidos presenta alguna enfermedad, sobre todo si hay una pérdida de autonomía del adulto mayor para llevar sus actividades de la vida diaria, necesita del apoyo de otros para realizarlas y satisfacer sus necesidades. Generalmente, este deterioro funcional provoca alteraciones emocionales y cognitivas que agravan la situación del adulto mayor, aumenta la tensión de los miembros de la familia, se hace más difícil la tarea del cuidado para quienes asumen esta responsabilidad dentro de ella.⁽⁴⁾

Los cuidadores de adultos mayores que sufren demencia se afectan en el orden físico, psíquico y socioeconómico, lo que conlleva a un elevado estrés

que repercute en la calidad del cuidado que recibe el adulto mayor y en la propia evolución de la enfermedad o discapacidad.

En el presente documento se pretende elaborar un manual de apoyo al cuidador principal del adulto mayor con demencia de tipo vascular con base a la NIC: apoyo al cuidador principal del adulto mayor para mejorar las actividades del rol cuidador en relación con el cuidado del adulto mayor con demencia de tipo vascular.

El propósito y finalidad de esta investigación como enfermero en Gerontogeriatría es brindar las herramientas necesarias con base a la NIC apoyo al cuidador principal del adulto mayor en pacientes con demencia de tipo vascular para mitigar la sobrecarga física, emocional y social, para que el cuidador brinde mejores cuidados y así poder atender la demanda de aumento de la sociedad en este tipo de población.

II. OBJETIVOS.

2.1. General.

Elaborar un manual de intervenciones de enfermería con base en la NIC: apoyo al cuidador principal para el cuidado al cuidador de adultos mayores con demencia de tipo vascular.

2.2. Específicos.

- Generar el marco de referencia para el abordaje del cuidado del cuidador.
- Identificar las intervenciones principales para el cuidado al cuidador.
- Fundamentar las actividades de enfermería para el cuidado al cuidador.
- Proponer acciones de apoyo para el cuidado al cuidador.

III. JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

A medida que la persona envejece, pueden alterarse sus capacidades físicas y mentales, que la llevan a un grado de vulnerabilidad, lo cual requiere de un cuidador. Las personas que cuidan de otras personas tienen que responder a diferentes y determinadas tareas: a esfuerzos físicos y a tensiones que derivan del propio cuidado, así como al tiempo de la enfermedad y a la dependencia física del adulto mayor que puede generar un desequilibrio en la vida personal y en el entorno. Esto conlleva a cambios en el ámbito familiar, laboral y social, que afecta la calidad de vida del cuidador.⁽⁵⁾

El aumento de la esperanza de vida de la población, combinado con la alta prevalencia de enfermedades crónicas y no transmisibles, pueden hacer que muchas personas mayores presenten más complejas las necesidades de salud, así como una disminución en su desempeño funcional haciéndolos dependientes de un cuidador.⁽⁶⁾

La situación demográfica actual a nivel mundial indica claramente la tendencia al crecimiento de los grupos etáreos que superan los 60 años.

La Organización Mundial de la Salud responde a grandes desafíos recomendando cambios profundos en la manera de formular políticas para las poblaciones que envejecen y de prestarles servicios.

Datos empíricos demuestran que la pérdida de capacidad generalmente asociada con el envejecimiento solo se relaciona vagamente con la edad cronológica de una persona. No existe una persona mayor típica. La diversidad resultante en las capacidades y las necesidades de salud de las personas mayores no es aleatoria, sino que se basa en hechos ocurridos a lo largo del curso de la vida que a menudo pueden modificarse, lo que pone de manifiesto la importancia del enfoque del curso de la vida.⁽²⁾

Actualmente la esperanza de vida es mayor que en el pasado, cada año podemos ver incremento en el número de adultos mayores de 60 años, sin

embargo, con la elevación en la población de esta edad encontramos también un aumento en las enfermedades crónicas; una de ellas es el deterioro cognitivo.

En España dentro de los países desarrollados el aumento de la esperanza de vida se ha traducido en altos niveles de dependencia en personas mayores y ha incrementado la demanda de cuidados de larga duración. En estos países, los cuidados de larga duración prestados a las personas mayores provienen del entorno familiar. Es la mujer, fundamentalmente, la que se encarga del cuidado asumiendo el papel de cuidadora principal.

En Brasil en un estudio según el instituto brasileño de geografía y estadística, en 2010 había aproximadamente 21 millones de personas de 60 años o más y se estima que en 2050 esta población totalizará 58.4 millones de personas, lo que representará el 26.7% de la población. Una característica importante de este proceso es la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, que explican un aumento en el número de muertes, hospitalizaciones e institucionalizaciones de personas mayores, así como una disminución en sus capacidades funcionales y cognitivas. Tales enfermedades incluyen formas de demencia, que se han convertido en un problema de salud pública.⁽⁷⁾

México contó en el 2005 con una población total de 5 973 856 adultos mayores; la esperanza de vida estaba estimada en 72,5 años.⁽⁸⁾

En la actualidad hay más de 13 millones de adultos mayores de 60 años en México. Se estima que para el año 2050, si no es que antes, el número de mexicanos afectados por la enfermedad de alzhéimer será de más de 3.5 millones. Considerando que estamos, por desgracia, entre los primeros lugares en obesidad y diabetes mellitus a nivel mundial.⁽⁹⁾

En San Luis Potosí, la tasa global de fecundidad a partir de los años 90 ha disminuido de 3.9 a 2.2 hijos por mujer, en tanto que la esperanza de vida aumentó de 69 a 75 años. Estos datos, junto con otros de las estadísticas

básicas demográficas, indican que para el año 2030 (18 años más) la población adulta mayor en el estado estará cercana al 19% y la estructura poblacional habrá cambiado, expresándose como un aumento en la población adulta mayor, versus una disminución en la población joven.⁽⁹⁾

Los datos de la Organización Mundial de la Salud indican que las enfermedades crónicas más importantes que afectan a las personas mayores en todo el mundo son: hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, derrame cerebral, diabetes mellitus, tumores, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades musculoesqueléticas (tales como osteoartritis, fracturas osteoporóticas), enfermedades neuropsiquiátricas (principalmente demencia, depresión) y discapacidad visual. Entre todas las comorbilidades anteriores, la demencia puede considerarse una de las más debilitantes, lo que lleva a una capacidad disminuida y mayores demandas de atención entre los adultos mayores.⁽¹⁰⁾

En la actualidad, casi 15 millones de personas sufren accidentes cerebrovasculares en todo el mundo. De estos, aproximadamente 5 millones quedan con secuelas, que tienen un gran impacto en los servicios de salud, la sociedad y las familias. Estados Unidos casi un cuarto de los accidentes cerebrovasculares ocurre en personas menores de 65 años. Del mismo modo en Brasil en 2017, hubo 152 045 hospitalizaciones para el tratamiento del accidente cerebrovascular y los adultos mayores representaron el 71.8% (109 238).⁽¹¹⁾

En la República Mexicana las principales causas de mortalidad en edad productiva 65 años y más se encuentran la diabetes mellitus, con el 12.8%, seguida de enfermedades isquémicas del corazón 12.8%, enfermedades cerebrovasculares 7.0%, enfermedad pulmonar obstructiva crónica 5.7% y enfermedades hipertensivas con 3.3%.⁽¹²⁾

En México las principales causas de mortalidad en la población adulta mayor fueron: la diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, cerebrovasculares, pulmonares obstructivas crónicas y las hipertensivas.

México se encuentra en una fase de cambio rápido en los perfiles de salud. La característica general de este proceso consiste en la disminución de los padecimientos propios del subdesarrollo y del incremento de las enfermedades que prevalecen en los países industrializados. Esto es ocasionado, entre otros factores por el rápido crecimiento de los núcleos urbanos, mayores niveles educativos, especialmente de la mujer, incremento del saneamiento básico, mejor control de las enfermedades infecciosas, además de cambios en las condiciones y estilos de vida de las sociedades actuales aun cuando la frecuencia de la presencia de enfermedades no es la misma en todos los países, se puede establecer que dentro de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad en los adultos mayores latinoamericanos, destacan las enfermedades del corazón, los tumores malignos, la diabetes, los accidentes y la cirrosis.⁽¹²⁾

En San Luis Potosí en conjunto alcanzaron un total de 99,809 defunciones, lo que corresponde a 46.1% del total de fallecimientos registrados en ese año. al compararlas con 2006, estas mismas causas ocuparon una secuencia similar con una frecuencia relativamente mayor al haber alcanzado durante ese año un total de 129,455 defunciones, lo que representa 48.6% del total nacional. Las tasas de mortalidad por estas causas durante 2006 alcanzaron cifras de 743.2 muertes por cada 100 mil habitantes para diabetes mellitus, 717.2 para enfermedades isquémicas del corazón, 372.7 para enfermedades cerebrovasculares, 303.5 para enfermedad pulmonar obstructiva crónica y 179.7 enfermedades hipertensivas.⁽⁹⁾

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salud (SSA) del estado de San Luis Potosí encontramos entre las primeras causas de defunción a la diabetes mellitus como la causa principal de mortalidad, de

ahí la necesidad de recalcar a esta entidad nosológica, como generadora de gastos catastróficos, discapacidad de cualquier tipo. En segundo lugar, encontramos a las enfermedades del corazón, donde la de tipo isquémico es la más común; el tercer lugar, lo ocupan los tumores malignos y la enfermedad cerebrovascular en todo el Sector.⁽⁹⁾

La enfermedad vascular cerebral es en la actualidad una de las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo, en especial en personas mayores de 60 años; aproximadamente 60% de los pacientes sobrevivientes presentan secuelas entre las que encontramos el deterioro cognitivo; sin embargo, estos no son la única causa de deterioro en las personas adultas. La demencia multiinfarto, la demencia por infarto estratégico, la enfermedad de pequeños vasos son causas comunes de deterioro en las funciones mentales superiores.⁽¹³⁾

La demencia por su parte y en la mayoría de los estudios se empieza a calcular desde los 60 años y después de esta edad su prevalencia se duplica cada 5 años; encontrándose tasas hasta del 45% en los mayores de 85 años. En cuanto a demencia vascular, se estima que su prevalencia es de 1.5/100,000 habitantes, siendo más frecuente en hombres y es más común en pacientes que han sufrido un infarto cerebral.

En el caso del deterioro de origen vascular, los accidentes vasculares cerebrales son la principal causa en la pérdida de alguna función ejecutiva, en donde la memoria, la atención y el lenguaje son las afectadas con mayor frecuencia y donde además secundario a la localización de la lesión se podrán observar diferentes síndromes psiquiátricos.

En un estudio realizado en Brasil sobre la carga física, emocional y social de los cuidadores informales de pacientes con edad avanzada se identificó que existe una relación significativa entre la carga percibida por el cuidador informal y las características sociodemográficas, clínicas de los cuidadores y las características de la actividad. La carga promedio fue alta, y el dominio

"implicaciones de la vida personal" contribuyó más a la carga física, emocional y social de los cuidadores informales. La carga fue mayor para los cónyuges, y para aquellos que experimentaron comorbilidades, el dolor relacionado con la actividad realizada y para aquellos que consideraban su salud como regular.⁽¹⁴⁾

Se sabe que las mujeres son tradicionalmente responsables de brindar atención; es decir, la sociedad espera que las mujeres desempeñen el papel de cuidadoras. Un estudio, verificó que las cuidadoras de personas mayores con demencia estaban más agotadas emocionalmente que los cuidadores masculinos. Existe una relación directa entre la carga del cuidador y ser mujer, porque las mujeres juegan múltiples roles sociales, como el de madre, esposa y profesional, entre otros.

La atención a las personas mayores dependientes supone con frecuencia una notable fuente de estrés que afecta de manera importante a la vida de la persona cuidadora. Una de las principales consecuencias negativas que aparecen en las personas cuidadoras sometidas a situaciones prolongadas de estrés es la carga subjetiva, que Zarit definen como el estado que se caracteriza por malestar en varias áreas (salud del cuidador, bienestar psicológico, finanzas, vida social y relación entre el cuidador y el receptor de cuidados) como resultado de la situación de cuidado.⁽¹⁵⁾

Algunos de los orígenes del deterioro cognitivo en esta población son las causas vasculares, la enfermedad vascular cerebral y la enfermedad de pequeños vasos, que provocan alteraciones cerebrales que afectan la función e independencia de las personas; debido a esto, el adecuado diagnóstico de este tipo de deterioro y su intervención resulta ahora imprescindible en los servicios de salud enfocados a una conservación de la calidad de vida en una población creciente.

Los adultos mayores con enfermedades crónicas y en situación de dependencia son uno de los grupos mas vulnerables y de mal pronóstico en

relación con la COVID-19, son una población prioritaria ante el distanciamiento social para evitar contagios. El confinamiento en casa sin posibilidad de salir más que asuntos imprescindibles, la reducción de salidas a una hora, o el doble confinamiento de personas en residencia y sobre todo de las personas con demencia tiene muchas consecuencias negativas: como la reducción de inactividad física y su implicación en problemas del sueño, insomnio, aumento del deterioro cognitivo, afinación en el estado emocional, es por ello que el cuidado en domicilio se vuelve mas complejo para los cuidadores.

Entre el reto que tiene la población sobre el COVID-19 con los adultos mayores es brindar cuidados en su domicilio ante las adversidades que estamos enfrentando, los cuidadores son parte fundamental para lograr dicho distanciamiento social, y así lograr una vida de calidad.

La profundización en las relaciones entre el afrontamiento y la carga subjetiva podría mejorar tanto la identificación de perfiles de riesgo de carga subjetiva como el diseño de actividades de prevención de dicha carga subjetiva orientadas al afrontamiento.

Habitualmente el cuidador inmediato suele ser el cónyuge, en segundo lugar, los hijos, principalmente hijas o nueras, ocupando un lugar menos importante otros familiares y personas allegadas. La tendencia a cuidar a la persona mayor en casa y por la familia.

El papel del cuidador familiar es vital en la complejidad del cuidado de las personas con demencia, puesto que realizan tareas y actividades prácticas y emocionales de cuidado. La demencia es una enfermedad que comporta una pérdida de independencia tanto de la persona afectada como la de la persona que cuida. Para la familia no es fácil hacer frente a esta situación y necesita del asesoramiento y apoyo del personal de Enfermería.⁽¹⁾

El asesoramiento tiene que incluir información de los recursos sanitarios disponibles y formación sobre las etapas de la enfermedad. De esta manera,

los cuidadores y las familias pueden plantear utilizar los recursos de cuidado en el propio domicilio o en centros de larga estancia. Además, es importante hacer seguimiento no solo del paciente, sino del cuidador para prevenir los problemas que comportan el cuidado de una persona con pérdida de independencia.⁽¹⁾

El rol de educador de enfermería en los cuidadores de salud debe proporcionar información sobre la elección de las alternativas disponibles, durante la fase en que el cuidado de pacientes sin esta función conlleva daños a su salud. Por lo tanto, se cree que la función principal de la enfermera desempeña un papel de facilitador, ya que brinda atención cerca de la persona enferma / cuidador lego, y participa directamente en asuntos relacionados con la educación para la salud.⁽¹⁶⁾

Hasta ahora dentro de las tendencias encontradas en los diferentes estudios, son pocos los estudios que abordan al cuidador desde el ámbito de enfermería, en relación a los manuales ya que en los estudios encontrados se abordan más en relación al estrés, cansancio, a la sobrecarga.

También es cierto que la disciplina de enfermería ha publicado varios artículos científicos en relación a la sobrecarga del cuidador, pero actualmente no se encontraron manuales dirigidos al cuidado del cuidador en adultos mayores con demencia de tipo vascular es necesario que la disciplina de enfermería necesite actualizaciones en el ámbito de manuales dirigidos a este tipo de población.

Por último, la importancia de esta investigación como enfermero en Geronto Geriátrica es elaborar un manual de intervenciones de enfermería con base en la NIC apoyo al cuidador principal para el cuidado al cuidador de adultos mayores con demencia de tipo vascular.

IV. METODOLOGÍA.

Tipo de investigación documental, se partió el abordaje de la búsqueda de artículos científicos utilizando el centro de recursos académicos virtuales creativa con que cuenta la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP) y a partir de ahí se realizó la búsqueda de diferentes bases de datos como cuiden, dialnet, lilacs, scielo, sciencedirect, con el uso de operadores booleanos and, and not, or.

De tal forma se realizaron cruces de descriptores de palabras claves Dec's: como aged-anciano-idoso, caregivers-cuidadores-cuidadoras, standardized nursing terminology-terminología estandarizada de enfermería-terminología padrinizada em enfermagem, education nursing-educacion en enfermería-educacao em enfermagem, enfermería geriátrica-enfermería geriátrica-engermgem geriátrica, nursing care-atencion de enfermería-cuidados de enfermagem, nursing process-proceso de enfermería-processo de enfermagem, dementia-demencia-demencia, dementia vascular-demencia vascular-vascular-demencia vascular.

Posterior se realizó la búsqueda de artículos en español, inglés y portugués con un periodo de 10 años a la fecha, de igual manera se revisaron algunos artículos con fecha anterior a la ya mencionada dado que el contenido de estos artículos era de gran importancia para el lector; se realizó búsqueda de información en páginas oficiales como Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática y Secretaria de Salud.

Una vez seleccionados los artículos, se procedió a la lectura y análisis, se generó un matriz de concentración de documentos, posterior una ficha de resumen de cada documento, de las cuales se rescató principales aportes para la elaboración del planteamiento del problema, justificación, marco teórico, fundamentación de intervenciones de enfermería e ideas principales para la elaboración de dicha investigación.

De manera adicional, para la elaboración del manual de apoyo al cuidador principal del adulto mayor con demencia de tipo vascular se manejará el manual por separado de dicha investigación. (Anexo 8)

Se consultaron los libros NANDA Diagnósticos enfermeros 2018-2020 y NIC Clasificación de intervenciones de enfermería edición undécima para generar la orientación del trabajo y finalmente considerar que el trabajo fue sometido a sugerencias de lectores para fortalecer su contenido; todas estas actividades se planearon con base a la elaboración de un cronograma de actividades. (Anexo 1)

V. MARCO TEÓRICO.

5.1. Cuidador.

El cuidador es en pocas ocasiones el recurso, instrumento y medio por el cual se proveen cuidados específicos y muchas veces especializados a los enfermos crónicos, es decir, en ellos se deposita o descansa el compromiso de preservar la vida de otro. Así y con esa responsabilidad en hombros, vale la pena identificar la nomenclatura que al respecto existe.⁽¹⁷⁾

El cuidador familiar puede caracterizarse como una persona que asiste y cuida a un familiar con algún tipo de enfermedad, discapacidad o incapacidad lo que impide el desarrollo normal de sus actividades diarias o relaciones sociales y su vida comienza a organizarse. El cuidador familiar realiza un conjunto de tareas en la vida diaria que requieren conocimiento, capacitación, como actividades de la vida diaria, resolución de problemas, toma de decisiones, actividades que requieren habilidades comunicativas, organizativas, entre otros cuidados de anticipación y vigilancia.⁽¹¹⁾

Los cuidadores son quienes se ocupan de las necesidades básicas de autocuidado y atención de aquellas personas que tienen un cierto grado de dependencia; su labor en la mayoría de las ocasiones es diaria, continua y a lo largo de grandes periodos de tiempo. Suelen ser cónyuges, hijos, familiares del paciente, pero pueden ser allegados, vecinos o voluntarios. Constituyen el llamado cuidador informal, en contraposición con los llamados cuidados formales proporcionados de modo institucional.

Los cuidadores pueden enfrentar estrés inmediato, que en la mayoría de los casos los lleva a un deterioro en sus funciones cognitivas que interfiere en la asistencia y el cuidado adecuado al adulto mayor. Pueden sufrir limitaciones físicas, psicológicas y sociales que impiden la realización de su labor y pueden empeorar su calidad de vida.

El cuidador principal del adulto mayor es definido como la persona que tiene la total o mayor responsabilidad de los cuidados prestados al adulto mayor dependiente en el domicilio en el cual presta cuidado en las diferentes actividades cotidianas, como vestirse, alimentarse, bañarse, entre otras.⁽⁵⁾

No debemos olvidar que todas estas limitaciones afectan también a los familiares (cónyuges, hijos, padres), que en la mayoría de los casos no tenían ni idea cuando se comprometieron, que tendrían que compartir una vida de limitaciones junto a un enfermo crónico. Uno de los grandes problemas del sufrimiento y la enfermedad es que empieza convenciéndonos de que nosotros somos los únicos que sufrimos en el mundo o, en todo caso, los que más sufrimos. Una de las caras oscuras del sufrimiento es precisamente ésta, la que nos incita a mirarnos hacia nosotros mismos.

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.

Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. El Objetivo de la Escala Zarit es medir la sobrecarga del cuidador evaluando dimensiones como calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente cuidado. Aplicación: Esta escala puede ser auto aplicada o aplicada por el profesional que realiza el control de la salud. Por su parte, la Escala de Zarit cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes; está validada para el español y presenta una consistencia interna de 0,91 y una fiabilidad test-retest de 0,86. La escala consta de 22 preguntas, cada una de ellas con múltiple respuesta y la siguiente puntuación: nunca = 0, rara vez = 1, algunas veces = 2, bastantes veces = 3 y casi siempre = 4. La puntuación total va de 0 a 88 puntos. Para categorizar la sobrecarga, fueron considerados los puntos de corte así: no sobrecarga (≤ 46), sobrecarga leve (47-55) y sobrecarga intensa (≥ 56). (Anexo 4)

¿Quién cuida a los cuidadores?

Las personas que cuidan a menudo no son apreciadas como es debido, no sólo por el paciente, sino también por los profesionales sanitarios (que cada vez tienen un grado mayor de exigencia y más cargas de trabajo en su labor asistencial).

Uno de los principales problemas con los que nos encontramos en las Unidades de Diálisis es el envejecimiento de la población que se dializa, y por tanto del envejecimiento de los cónyuges, o de las personas que tienen que cuidar de ellos. Los pacientes creen a menudo que serán ellos los primeros en morir, pero cada vez es mayor el número de cónyuges “capaces” que mueren antes que ellos, quedando viudos; pasando a depender de unos nuevos cuidadores, (hijos, nietos, otros).

Son varias las circunstancias que confluyen en minar la resistencia y la entereza de quien dedican asistencia y apoyo diario a personas incapacitadas. Escasa información sobre los problemas de su enfermedad. Generalmente el cuidador tiene escasa información sobre los cuidados a prestar, esto no sólo repercute en el cuidador, sino que tiene repercusión en el bienestar del paciente.

Situaciones de soledad y falta de apoyo en el cuidado. En muchas ocasiones es una sola persona la que afronta todo el esfuerzo y responsabilidad del cuidado del paciente, lo que supone además de escaso apoyo físico, escaso apoyo emocional a la hora de compartir sentimientos, frustraciones. A veces, la falta de tiempo libre para el descanso y esparcimiento, estando disponible los siete días de la semana, agrava la situación. En ocasiones la necesidad de cuidados de una persona, puede ser un factor estresante dentro de la convivencia del propio núcleo familiar. También el cuidador en muchos de los casos, solicita menos ayuda de los equipos sanitarios de lo que cabría esperar.

Algunos autores describen al cuidador desde varios conceptos:

Cuidador: Aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales. Como un concepto mixto formado en gran medida por la realización de tareas de carácter de apoyo, pero definido también en términos de relaciones sociales y familiares, generalmente parentesco, aunque se extiende a lazos de amistad o de vecindad donde éstos han adquirido el carácter de relaciones primarias.⁽¹⁷⁾

Venegas define al Cuidador principal: Es la persona familiar o cercana que se ocupa de brindar de forma prioritaria apoyo tanto físico como emocional a otro de manera permanente y comprometida.⁽¹⁷⁾

Celma define al Cuidador informal: Son las personas que no pertenecen a ninguna institución sanitaria ni social y que cuidan a personas no autónomas que viven en su domicilio.⁽¹⁷⁾

Maeyaman define al Cuidador familiar: las personas que presten atención a las personas que necesitan supervisión o asistencia en la enfermedad o la discapacidad. Ellos pueden proporcionar el cuidado en el hogar, en un hospital o en una institución, el concepto se refiere también a los padres, cónyuges u otros familiares, amigos, miembros del clero, profesores, trabajadores sociales, los demás pacientes.⁽¹⁷⁾

Expósito define al Cuidador primario: Es el que pone en marcha la solidaridad con el que sufre y el que más pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a su familiar o amigo.

Estudios realizados a la población de cuidadores, arrojan que los principales problemas que enfrentan estos en su labor diaria, generan diversas alteraciones, psíquicas, sociales y físicas que repercuten en su salud, las cuales caracterizan el llamado, "Síndrome del Cuidador Crucial", el cual no es

sólo un síndrome clínico, también implica repercusiones no médicas, aspectos sociales y/o económicos.⁽¹⁸⁾

5.2. Tipos de cuidadores.

El cuidador que generalmente es un familiar desempeña funciones fundamentales en la atención al paciente con demencia. De su educación depende el mejor desenvolvimiento para lograr una mayor dependencia y autonomía mientras sea posible, y con ello elevar la calidad de vida de pacientes y cuidadores.⁽¹⁹⁾

5.2.1. Cuidador familiar.

Los cuidadores familiares son personas que otorgan cuidado informal, no reciben remuneración o retribución económica, se catalogan como principales o primarios y secundarios, según el grado de responsabilidad en el cuidado de los ancianos y son definidos como “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones.”⁽²⁰⁾

La experiencia de cuidar involucra una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo, provoca un aumento en la carga del cuidador, la cual si no se logra manejar adecuadamente puede traer repercusiones físicas, mentales y socioeconómicas y, por lo tanto, comprometer la vida, la salud, el bienestar, el cuidado y autocuidado no sólo del cuidador, sino también de la persona dependiente de cuidados, por lo que se requiere de un soporte social más global.

5.2.2. Cuidador primario familiar.

El esposo o la esposa como cuidador

Cuando uno de los miembros de una pareja sufre un deterioro de salud y necesita ayuda para sus actividades de la vida diaria, el cuidador principal suele ser el miembro de la pareja con mejor salud. Algunos de los rasgos comunes a estas situaciones son: cambio de roles, modificación de planes de futuro, reevaluación de la relación interpersonal, sentimientos de ambivalencia y reajuste de la vida social.⁽²¹⁾

Como en cualquier situación de la vida que implique un cambio, la nueva situación que supone cuidar al marido o a la mujer puede resultar difícil y exige una constante adaptación. El hecho de que un miembro de la pareja sea el que tiene que dar ayuda y el otro el que la recibe puede crear tensiones en la pareja, al ser una relación menos recíproca. Es más fácil aceptar la ayuda del marido o de la mujer que la ayuda de familiares, amigos, vecinos o instituciones, en la medida en que se ve como una obligación transmitida de generación en generación, así como una muestra de cariño por los años de convivencia juntos. En el caso de que los cuidadores sean hermanos o hermanas de la persona dependiente también suele resultar más fácil aceptar su ayuda que la de otras personas. Los maridos cuidadores reciben más ayuda de otros familiares y de las instituciones que las mujeres cuidadoras. En ocasiones, las mujeres cuidadoras se resisten a buscar o recibir ayuda de otros familiares, amigos, vecinos e incluso, de organismos oficiales. Estas mujeres, a menudo, acaban cuidando y sobrecargándose de trabajo más de lo que su salud y condiciones se lo permiten al no aceptar la ayuda de otros.

Las hijas y los hijos como cuidadores

Se encuentran a menudo con que deben atender también las necesidades de su familia (cónyuge e hijos), así como las propias. En ellos se presentan los siguientes aspectos: fenómeno de inversión de roles, modificación de planes de futuro, reevaluación de la relación interpersonal, sentimientos de ambivalencia, reajuste de la vida social y laboral. Cuando la persona que cuida es la hija o el hijo, existe un vínculo natural familiar con la persona dependiente

que “favorece” la disposición del cuidado. En la mayoría de las ocasiones, esto representa un fuerte impacto emocional para los hijos al darse cuenta de que el padre, la madre o ambos ya no pueden valerse por sí mismos, cuando eran personas independientes y el sostén del hogar. Este impacto también se ve afectado por el fenómeno de la inversión de roles. En cuanto el papel de cuidador que se asigna al hecho de ser padre o madre deja paso al papel de persona que necesita ser cuidada, y viceversa: el papel del hijo como alguien que es cuidado es sustituido por un papel de cuidador. A los hijos les resulta muy difícil aceptar la situación de cuidar a sus padres, ya que normalmente implica algo imprevisto que les impide realizar actividades que pensaban llevar a cabo en un futuro inmediato.⁽²¹⁾

Las hijas solteras, la hija favorita, la que tiene menos carga familiar o de trabajo, así como la hija que vive más cerca o la única mujer entre los hermanos, o el hijo favorito, suelen ser las personas sobre las que recae la responsabilidad del cuidado de sus padres. Normalmente, a medida que comienza a verse la necesidad de proporcionar cuidados al familiar dependiente, va perfilándose un cuidador principal que suele responder a las circunstancias de cada familia, sin necesidad de que se haya elegido por acuerdo explícito entre las personas que componen la familia. Cuando se asume el cuidado del familiar, muchas veces se piensa que va a ser una situación temporal, aunque, en muchas ocasiones, acaba siendo una situación que dura varios años y con una creciente demanda de cuidados. Gran parte de los hijos cuidadores no trabajan ni pueden pensar en buscar trabajo. Otros se ven obligados a reducir su jornada laboral. En los casos más extremos, se ven obligados a abandonar el trabajo por su situación de cuidador. Finalmente, los hijos e hijas de los cuidadores deben atender también a las necesidades de su familia (cónyuge e hijos), así como a sus propias necesidades.

Los padres como cuidadores: cuando es uno de los hijos quien por diversas circunstancias se convierte en una persona dependiente, el impacto emocional

es mayor, presentándose regreso a un rol que ya se entendía superado; se caracteriza por modificación de planes de futuro, reevaluación de la relación interpersonal, sentimientos de ambivalencia y reajuste de la vida social.

5.3. Fases de la persona al volverse cuidador.

Frecuentemente, en el inicio del cuidado la persona que cuida aún no es plenamente consciente de que es el miembro de la familia sobre el que va a recaer la mayor parte del esfuerzo y responsabilidades del cuidado; tampoco de que probablemente se encuentra en una situación que puede mantenerse durante muchos años y que, posiblemente, implique un progresivo aumento de dedicación en tiempo y energía. Poco a poco, sin darse cuenta, la persona va integrando su nuevo papel de cuidador en su vida diaria.⁽²¹⁾

5.3.1. Fase 1. Negación o falta de conciencia del problema.

En los primeros momentos del proceso de enfrentarse a la enfermedad crónica de una persona del entorno familiar es frecuente que se utilice la negación como un medio para controlar miedos y ansiedades. Así, es común encontrar que la persona se niega a aceptar las evidencias de que su familiar padece una enfermedad (o varias) que le lleva a necesitar la ayuda de otras personas para mantener su adaptación al medio. Otra forma de negar el problema es evitar hablar del deterioro o incapacidad del familiar enfermo. Este estadio es, normalmente, temporal. Conforme el tiempo pasa y las dificultades de la persona enferma para mantener su autonomía funcional se hacen más evidentes, empieza a hacerse cada vez más difícil creer que se trata de una enfermedad temporal.

5.3.2. Fase 2. Búsqueda de la información.

En esta etapa, el cuidador comienza a buscar información sobre la enfermedad de su familiar, consecuencias, secuelas, medios de ayuda, segundas opiniones, medicina alternativa. Todo esto con la esperanza de que su familiar

vuelva a ser el mismo. En este momento, son muy comunes entre los cuidadores los sentimientos de “malestar” por la injusticia que supone el que les haya “tocado” a ellos vivir esa situación. El enfado o, en su versión más intensa, la ira, la culpa, son respuestas humanas completamente normales en situaciones de pérdida del control de la propia vida y sus circunstancias. Existen en la vida algunos hechos negativos que son inevitables y que no se pueden cambiar, y son situaciones de este tipo las que típicamente afrontan los cuidadores de personas dependientes.

5.3.3. Fase 3. Reorganización.

Conforme pasa el tiempo, los sentimientos de ira y enfado pueden continuar. La vida suele perder el sentido habitual hasta ese momento y las nuevas responsabilidades crean una carga pesada para la persona que cuida. Sin embargo, algo de control se va ganando en esta etapa. Contando ya con la información y recursos externos de ayuda, con la voluntad de la familia para compartir la responsabilidad y con una idea más precisa de los problemas a los que hay que enfrentarse, la persona que cuida dispondrá de las herramientas necesarias para afrontar adecuadamente la situación del cuidado. Este periodo de reorganización tendrá como resultado el desarrollo de un patrón de vida más normal. La persona que proporciona los cuidados se sentirá progresivamente con más control sobre la situación y aceptará mejor estos cambios en su vida.

5.3.4. Fase 4. Resolución.

En esta fase aprenden a cuidar mejor de sí mismo; están más dispuestos a buscar la ayuda de otras personas con experiencias similares; suelen hacerse, en esta fase, más independientes, dedicando más tiempo a realizar actividades recreativas, sociales, pueden buscar y encontrar otras fuentes de apoyo emocional, tales como reforzar las amistades o crear nuevos amigos. A pesar de que en esta fase las responsabilidades continúan aumentando en

número e intensidad, si la persona que cuida logra una buena adaptación, podrá estar más serena que en los primeros momentos de la enfermedad. Se comienza a reconstruir una imagen de cómo era antes de que la enfermedad mostrase sus primeros signos, imagen que hará más confortable y significativa la labor de la persona que cuida.

5.4. Consecuencias del cuidado en la vida del cuidador.

La vida de quienes atienden a una persona dependiente puede verse afectada de muchas maneras. Es frecuente que experimenten cambios en las siguientes áreas: en las relaciones familiares, en el trabajo, situación económica, en su tiempo libre, en su salud y en su estado de ánimo. También, aunque se considere que los cambios que ocurren durante el tiempo de cuidado son únicamente negativos, algunos también pueden ser positivos: la satisfacción de cuidar y cambios en las relaciones familiares.

Cambios de las relaciones familiares

Suelen aparecer conflictos por el desacuerdo entre la persona que cuida y otros familiares en relación con el comportamiento, decisiones y actitudes de unos y otros hacia la persona dependiente o por la forma en que se proporcionan los cuidados. Se presenta malestar con otros miembros de la familia debido a los sentimientos del cuidador principal acerca de que el resto de la familia no es capaz de apreciar el esfuerzo que realiza. Otro cambio típico es la inversión de “papeles”, ya que, por ejemplo, la hija se convierte en cuidadora de su madre variando así la dirección en la que se produce el cuidado habitual de padres e hijos. Este cambio de papeles requiere una nueva mentalidad respecto al tipo de relación que existía anteriormente entre padres e hijos y exige al cuidador, en definitiva, un esfuerzo de adaptación. Es frecuente que la persona dependiente viva con el cuidador principal y su familia.⁽²¹⁾

Este cambio puede ser también una fuente de conflictos puesto que el resto de la familia también se ve afectada por la nueva situación, no siempre deseada. El cuidado de la persona dependiente implica muchas tareas, tiempo y dedicación. Un tiempo y una dedicación que en ocasiones la pareja o los hijos echan de menos para ellos. Para muchos cuidadores es conflictivo mantener un trabajo a la vez que se realizan las tareas de cuidado. En algunas ocasiones tienen la sensación de abandonar a la persona dependiente para ir al trabajo y en otras la de estar incumpliendo con el trabajo.

Cambios en el tiempo libre

Una parte sustancial del tiempo que antes se dedicaba al ocio, a los amigos, hay que dedicarla ahora a la tarea de cuidar. Es frecuente que el familiar cuidador perciba que no tiene tiempo para su ocio. Incluso es posible que no se dedique ese tiempo a sí mismo por los sentimientos de culpa que le produce pensar que si lo hace está abandonando su responsabilidad. La reducción de actividades en general y, sobre todo, de las actividades sociales es muy frecuente y está relacionada con sentimientos de tristeza y de aislamiento.

Cambios en la salud

Algo muy frecuente en los cuidadores es el cansancio físico y la sensación de que su salud ha empeorado desde que cuidan de su familiar. De hecho, no es una “sensación”, sino que surge de comparar a personas que cuidan con personas sin esa responsabilidad: los cuidadores resultan con una peor salud. Por otro lado, hay que tener en cuenta que la edad media de los cuidadores principales según la lectura es de 52 años y que un 20% son mayores de 65 años. Por tanto, es muy probable que en ellos estén comenzando algunos de los cambios que conlleva el envejecimiento como disminución de la fuerza muscular, cambios en algunas estructuras que permiten el movimiento, etc. Además, al estar sometidos a un esfuerzo físico mayor que cualquiera otra persona a esa edad, no es sorprendente que algunos de esos cambios se aceleren o que aparezcan precozmente.⁽²¹⁾

Cambios en el estado de ánimo

La situación de cuidar a otra persona hace que muchos cuidadores experimenten sentimientos positivos. El simple hecho de que la persona a la que cuida y a la que quiere se encuentre bien puede hacerle experimentar esos sentimientos. La persona a la que se cuida puede mostrarle su agradecimiento y eso le hace sentir bien. Hay quien cree que ofrecer estos cuidados es una obligación moral y cumplir con ello lo hace sentirse satisfecho. Cuidar a una persona dependiente puede ser, a pesar de las dificultades y la “dureza” de la situación, una experiencia muy satisfactoria para el cuidador.⁽²²⁾

5.5. Demencia.

El deterioro de las funciones mentales es uno de los grandes mitos del envejecimiento, muchas personas tienen la creencia de que al envejecer perderán habilidades cognitivas inevitablemente, por lo que se piensa que todos los viejos están demenciados, también que todos los problemas demenciales son debidos a enfermedad de Alzheimer. Se pierde de vista el hecho de que el deterioro cognoscitivo es un padecimiento sindromático, o sea, multicausal donde un grupo de enfermedades comparten el deterioro de las funciones mentales llamadas superiores generalmente en forma global, pero que pueden ser debidas a muchos orígenes, pueden ocurrir a cualquier edad después de que se ha estructurado el cerebro y la actividad mental.

Si bien es un problema que aumenta al avanzar la edad no es sinónimo de envejecimiento, por fortuna.

La enfermedad de Alzheimer (EA) es el síndrome de demencia más común entre la población de edad avanzada. Se caracteriza por un deterioro cognitivo múltiple que implica deterioro de la memoria y pérdida progresiva de la capacidad funcional.⁽²³⁾

Según los resultados del presente estudio Cognitive stimulation for older people with alzheimer’s disease performed by the caregiver. Tanto los adultos

mayores como los cuidadores se beneficiaron de la implementación de la estrategia, ya que ha contribuido a la comprensión de los cuidadores hacia la relevancia de la continuidad de las actividades iniciadas durante los talleres terapéuticos.⁽²³⁾

Después de los 65 años aumenta la probabilidad de padecer demencia y a partir de los 95 declina. Es importante conocer que hay riesgos específicos como las tendencias genéticas en las enfermedades degenerativas y el riesgo cardiovascular en las de origen vascular.

Alva y Potkin lo ponen de la siguiente manera: las demencias son un grupo de enfermedades asociadas a la edad avanzada, pero no son una parte normal del envejecimiento. Las demencias acortan la expectativa de vida. Son raras antes de los 65 años. Dependiendo del origen y la persona que padece demencia existe una gran variabilidad en el rango de rapidez del deterioro, pero siempre es progresivo o como define Mendoza: la demencia es una enfermedad del cerebro progresiva e incurable que afecta las funciones mentales superiores y lleva a perder la capacidad de independencia.⁽²⁴⁾

Definición: Demencia es la pérdida progresiva de la cognición (memoria, comportamiento y capacidad para realizar las actividades de la vida diaria), es generalmente y con frecuencia está asociada a la edad.⁽²⁵⁾

La prevalencia mundial de la dependencia en las personas adultas mayores es del 13%. Esta cifra refleja la transformación de los requerimientos mundiales para su cuidado debido al acelerado envejecimiento de la población. Se estima que entre los años 2010 y 2050, el número total de personas dependientes a nivel mundial casi se duplicará, pasando de 349 millones a 613 millones, y más de un tercio de estas personas (de 101 a 277 millones) serán personas adultas mayores. El incremento del número de personas adultas mayores dependientes es desproporcionadamente mayor en países emergentes y en vías de desarrollo.⁽²⁵⁾

En México, el trabajo no remunerado en salud (TNS) es un rubro que representa el 19% del PIB de salud según el reporte de la cuenta nacional de salud del 2011. Este TNS refleja la carga económica de los cuidados en nuestro país.⁽²⁵⁾

Etimológicamente el termino demencia significa ausencia de pensamiento y fue introducido por Pinel en el comienzo del pasado siglo con un sentido muy amplio de falta de juicio.⁽²⁵⁾

En 2015, la demencia afecta a más de 47 millones de personas en todo el mundo. Se estima que en 2030 más de 75 millones de personas tendrán demencia, y se cree que esta cifra llegará al triple en el año 2050. Este incremento representa uno de los principales retos para la salud de nuestros tiempos. En un estudio realizado en Australia, se calculó que alrededor del 10 % del aumento previsto de los costos de salud durante los próximos 20 años se deberá solo a la demanda de atención de este trastorno.⁽²⁵⁾

En contra de la creencia popular, la demencia no es una consecuencia natural o inevitable del envejecimiento. Es un trastorno que afecta las funciones cerebrales cognitivas de la memoria, el lenguaje, la percepción y el pensamiento y entorpece considerablemente la capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida cotidiana. Los tipos más comunes de demencia son la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular. Hay pruebas que indican que, si se reducen los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, se puede reducir el riesgo de determinados tipos de demencia.

La demencia tiene enormes consecuencias personales, sociales y económicas. Provoca un aumento de los costos de los cuidados a largo plazo para los gobiernos, las comunidades, las familias, las personas, y pérdidas de productividad para las economías. El costo mundial de la atención de las personas con demencia en 2010 se estimó en 604.000 millones de dólares: un 1 % del producto interno bruto mundial. Se ha calculado que, en 2030, el costo

de atender a las personas con demencia en todo el mundo será de 1,2 billones de dólares o más, lo que podría socavar el desarrollo social y económico mundial.⁽²⁵⁾

Casi el 60 % de las personas con demencia viven en países de ingresos bajos y medianos, se prevé que este porcentaje aumente rápidamente en el próximo decenio y profundice las desigualdades entre los países y las poblaciones. Se requiere, por tanto, un esfuerzo mundial sostenido para fomentar la acción contra la demencia y enfrentar los retos que plantea. Ningún país, sector u organización puede luchar contra esos retos en solitario.

Si ya los cuidados a largo plazo de las personas mayores dependientes son un enorme reto para cualquier sistema de salud, cuanto más considerando las necesidades particulares de aquellos con deterioro cognitivo mayor, como se le denomina ahora a la demencia. Las personas afectadas por esta condición requieren de cuidados especializados y de personal capacitado para su atención. Ello, más allá de la naturaleza del padecimiento, debido a la comorbilidad que presentan y que suele contribuir a la discapacidad y dependencia y al incremento en el costo de su atención y cuidado.

La elevada prevalencia, el impacto económico de la enfermedad en las familias, los cuidadores, así como el estigma y la exclusión social que se derivan de ella, representan un importante reto para la salud pública.

Los datos para América Latina muestran que la demencia afecta al 1.3% de la población de 60 a 64 años; entre 65 y 69 años, se observa el 2,6% de los casos; con respecto al rango de edad de 70 a 74 años, 4.5%; de 75 a 79 años, el valor casi se duplica y alcanza el 8,4% de los ancianos; de 80 a 84 años, 15.5%; de 85 a 89 años, el 28,6% de los casos y, finalmente, en los mayores de 90 años, este porcentaje alcanza el 63,9% de los casos.⁽²⁶⁾

La enfermedad de Alzheimer y los accidentes vasculares cerebrales (AVC) se constituyen en dos de las principales formas de incapacidad que conducen a

la necesidad de prestar cuidados familiares; la primera, llamada de la “enfermedad del siglo”. constituye una enfermedad degenerativa crónica que lleva a la más común de las demencias irreversibles entre la población anciana; la segunda, se configura como una importante causa de muerte y se sitúa entre las principales causas de incapacidad en todo el mundo.⁽²⁷⁾

5.5.1. Demencias reversibles.

Durante un tiempo se consideró que existían demencias reversibles, se hablaba hasta de 27% de los casos, desafortunadamente ahora se tiene claro que lo que aparecía como daño cognoscitivo curable era simplemente la manifestación de otras enfermedades que habían simulado el daño y que por desgracia en la mayoría de los casos sólo ponían en evidencia el hecho de un daño establecido, pero hasta entonces subclínico. Se concentraban los esfuerzos en problemas de salud relacionados con la función tiroidea, la depresión (seudo demencia), hidrocefalia normotensa, hematomas subdurales crónicos y meningiomas.⁽²⁸⁾

La mayoría de estos pacientes tenía un proceso demencial en curso que no era evidente hasta que la enfermedad intercurrente debilitaba el equilibrio homeostático incluyendo en sus manifestaciones un mal desempeño cognoscitivo; al tratar la enfermedad nueva mejoraba el desempeño mental, sin embargo, la mayor parte de los pacientes volvía con las manifestaciones mentales tiempo después (alrededor de tres a cinco años) cuando se podía establecer el diagnóstico claro y sólido de demencia. Cabe la posibilidad de que estas enfermedades hayan impactado al cerebro directamente deteriorándolo en forma irreversible, ya sea por el tiempo o la naturaleza misma del insulto ejercido; pero el concepto de reserva cerebral es central en estos casos, por las causas que sean es probable que tal reserva estuviese limitada. Resulta importante mencionar que, en muchos casos, si no es que, en la mayoría de las demencias, pueden coexistir varios daños a la vez, o sea, se trata de demencias de origen mixto.

Las manifestaciones de deterioro cognoscitivo son tan variadas como la mente misma. Cuando se desarrollan las funciones mentales cada cerebro lo hace en forma diferente, si bien hay generalidades que conocemos en la neurofisiología como zonas de tal o cual función (motora, visual, etc.), las circunstancias particulares de cada individuo organizan la actividad mental de diferente forma; luego, a lo largo de la vida se van estableciendo patrones de reconocimiento, creencias, modos de funcionamiento vital que las particularizan aún más, a ello se suman las emociones, más tarde se moldean con la cultura, posteriormente serán impactadas con la enfermedad. De hecho, siguen los modelos del proceso de envejecimiento en el que inicialmente la genética, luego la sociedad con el estilo de vida, y más tarde los procesos de enfermedad determinarán tanto el modo de funcionar del cerebro como las afecciones que lo deterioren. Al inicio los cambios son muy sutiles y pueden estar relacionados con fallas menores que en general son rápidamente descartadas como procesos de enfermedad: algún olvido, sentirse perdido o no poder decir bien alguna palabra. También es frecuente que el paciente sea el primero en percatarse del problema y haga un esfuerzo por disimularlo o compensarlo generalmente a costa de limitaciones.⁽²⁸⁾

5.5.2. Diagnóstico de Demencia.

Sin duda es fundamentalmente clínico, el conocimiento lo más profundo posible del individuo (evaluación gerontológica multidimensional) y la evaluación de las funciones mentales son las herramientas principales. Los estudios paraclínicos son complementarios y no siempre oportunos. Si un paciente tiene datos de deterioro cognoscitivo pleno y ya lleva varios años es poco probable que los exámenes ayuden en algo, hay pacientes muy deteriorados que no deben ser sometidos a estos estudios sólo por simple curiosidad, negocio, o falta de pericia, son pertinentes si cambiarán nuestras decisiones terapéuticas, lo que es poco probable.⁽²⁸⁾

Los antecedentes esclarecen los riesgos y la probable causa o causas del problema, la extensión del daño se hace evidente con la clínica, son suficientes para tener un panorama y tomar decisiones para el cuidado. Muchos familiares y a veces los mismos pacientes están en realidad agotados, empobrecidos y profundamente desilusionados después de extensos, molestos y costosos estudios. Sabemos que la enfermedad avanzará con o sin estos apoyos.

Hay desde luego casos en los que las manifestaciones no son del todo claras, se han instalado con rapidez (menos de seis meses), o por algún motivo surgen dudas, casos en los que los estudios extensos se hacen imprescindibles. Algunos datos brindan información sobre la salud general que debe ser bien conservada dentro de lo posible para no extender el daño y afectar la reserva cerebral aún más, el ejemplo más claro es la función tiroidea o la actividad metabólica general.⁽²⁸⁾

Quizá exámenes generales (biometría hemática, química de varios elementos, electrolitos), de función tiroidea y neuroimagen sean los básicos a considerar, otros estudios como pruebas específicas (sífilis, dinámica del líquido cerebroespinal), punción lumbar, son sólo oportunos en casos seleccionados; las pruebas neuropsicológicas en batería se reservan a casos atípicos, lo mismo debe considerarse para algunas escalas de evaluación tediosas y atemorizantes para el paciente que se deben sustituir por una conversación casual y compasiva con el paciente y sus cuidadores. Pedir el dibujo de un reloj donde escriba su nombre y la fecha, contar algunas monedas, descripción de objetos (plumero de colores), pedir que repita tres palabras no relacionadas, preguntar cosas sobre su vida pueden dar datos valiosos sin dañar la relación de confianza que debe prevalecer, además de que superan la barrera de la preparación intelectual (escolaridad), defecto de muchas otras pruebas.

Es muy común que los familiares acudan a la consulta angustiados y tratando de evidenciar el daño por caminos un poco rebuscados (muecas, negaciones),

tomar como pretexto otra queja de salud, también que quieran conversar con el médico previamente para ponerlo en antecedentes, otras veces se organiza una franca pelea en la consulta. Para el clínico hábil el solo hecho de conversar con el paciente aporta la mayor parte de los datos y hace evidente el daño motivo de la consulta. Por supuesto si hay la oportunidad es bueno corroborar los datos. También puede ocurrir que se requiere tener una reunión ulterior con la familia para esclarecer sus dudas y planear el cuidado. Es muy importante el respeto y discreción con el propio paciente.⁽²⁸⁾

Tabla 1: En esta tabla se muestra los criterios de eventos cerebrovasculares de la enfermedad de Alzheimer de EUA.

Criterios del grupo de trabajo del Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y de Comunicación y Eventos Cerebrovasculares y la Asociación de Enfermedad de Alzheimer y Trastornos Relacionados de EUA, (INH, ADRA).
<p>A. Evidencia por historia y examen del estado mental que indique un trastorno caracterizado por dificultad en el aprendizaje y retención de nueva información, así como por lo menos uno de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Dificultad para realizar tareas complejas.2. Dificultad en el razonamiento.3. Alteraciones en la capacidad espacial y de orientación.4. Alteraciones de lenguaje. <p>B. Las alteraciones mencionadas en A interfieren en forma significativa con el trabajo o actividades sociales habituales o en las relaciones con otras personas.</p> <p>C. Las alteraciones representan una reducción significativa en comparación con el nivel de función previo.</p> <p>D. Las alteraciones son de inicio insidioso y progresivo, según la evidencia de la historia o el examen del estado mental.</p> <p>E. Las alteraciones no ocurren en forma exclusiva en presencia de delirio.</p>

Tomada del libro de **Practica de la Geriatria** de Rosalía Rodríguez García, tercera edición, McGraw Hill, 2011.

5.5.3. Prevalencia.

Cuanto más envejezca la población más demencias presenciaremos, la esperanza estará en conocerlas mejor y tener herramientas para prevenirlas y luego detenerlas. Su incidencia y prevalencia se relacionan con el envejecimiento, representa de 5 a 7% y se duplica cada cinco años. Para la

población de 80 o más años llega a ser de 20%. Si bien, los cambios degenerativos o primarios del cerebro son diferentes en cuanto a sexo, la demencia senil de tipo Alzheimer (DA) tiene una frecuencia similar en ambos sexos, sin embargo, otros autores con base en la esperanza de vida que tiene la mujer señalan que en este género predomina la demencia.⁽²⁸⁾

En países industrializados la DA afecta incluso a 53% de la población anciana. La intensidad de esta es variable, 8% de los casos corresponde a la DA leve, moderada en 10% y grave en 11%. Son varias las causas de demencia, la demencia vascular (DV) dentro de las demencias no degenerativas, ocupa el primer lugar, su frecuencia es de 16%, la frecuencia informada es variable (de 2.8% en ancianos de 65 a 74 años y hasta 26% en los que tienen 85 o más años de edad); predomina en países orientales (Japón, Singapur, China), donde representa hasta 50% de los casos; en Europa sólo Italia tiene mayor porcentaje de DV la cual supera a la DA. La demencia vascular sólo se encuentra en 13% de mayores de 80 años a diferencia de la DA donde la prevalencia es de 50% a esta edad. Por género la DV predomina en los varones y en el caso de grupos raciales, en aquellos diferentes a la raza blanca. La demencia de cuerpos de Lewy (DCL), ocupa el segundo lugar de las demencias degenerativas con 15 a 20%; el resto lo constituye las demencias mixtas (degenerativo-vascular, 15%), la demencia por enfermedad de Parkinson, Pick, Creutzfeldt-Jakob, entre otras, tienen una frecuencia variable. Como anotamos antes, el deterioro leve predispone a padecer demencia. La población estudiada hace cambiar sensiblemente la prevalencia.⁽²⁸⁾

En México parece que los problemas vasculares dominan el panorama, esto probablemente está relacionado a que la generación hoy envejecida no se benefició de la salud preventiva en riesgos cardiovasculares y que la herencia genética es favorable para la población indígena que quizá se relaciona más con un genoma asiático. Estos asuntos se esclarecerán pronto. Aunque es

difícil de documentar una gran cantidad de pacientes es probable que correspondan a procesos patológicos mixtos. Factores predisponentes para demencia degenerativa son la edad avanzada, la historia familiar previa directa, género femenino, predisposición genética. En cuanto a la vascular se incluyen los clásicos de hipertensión, diabetes mellitus, dislipidemia, tabaquismo, aterosclerosis, homocistinemia, apnea del sueño, hipotensión ortostática (quizás habría que considerar equivalente al síndrome hoy denominado neurocardiógeno).⁽²⁸⁾

5.5.4. Clasificación.

A lo largo del tiempo ha sido motivo de debate y de modificación al generarse conocimientos. Si se consultan libros ahora clásicos predomina la clasificación con base en la localización supuesta de las afectaciones en la función mental, entonces se hablaba de corticales y subcorticales, lo que ahora parece poco operante. La mayor parte de los daños tiene una alteración generalizada, por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer se inicia en lo profundo y primitivo del cerebro, la corteza entorrinal con daño directo al hipocampo, para ir afectando en forma ascendente hasta generar un abanico de deficiencias. También la clasificación estricta entre degenerativas y vasculares ha sufrido un revés al poder constatar que hay componentes de ambas en la mayoría. La degenerativa por excelencia, Alzheimer, tiene un componente vascular inequívoco ahora conocido y en las vasculares, los espacios de tejido cerebral que se hallan entre los infartos sufren degeneración probablemente por desaferentación.

El proceso inflamatorio interviene en casi todos los procesos demenciales. Todo ello nos enseña que las clasificaciones tienen fines didácticos pero que nuestra mente ha de abrirse a multicausalidad y multicomponentes. Hoy se habla de taupatías a medida que se conoce la biología molecular relacionada con la acumulación de la proteína tau y cada vez se descubre en más enfermedades. Por fortuna estas confusiones reflejan nuestro interés y

adelantos en el estudio del cerebro. Es de suma importancia en el estudio complejo y difícil de las demencias que casi es un tabú en la medicina, que se simplifique en lo posible para que cada vez más personal sanitario esté preparado y dispuesto a enfrentar el problema, complicar las cosas a la sofisticación disminuye buenas oportunidades de intervención. Se dice que hasta 90% de las demencias pasa inadvertida para el clínico habitual, es necesario que se faciliten las cosas para que la neuro prevención sea tan común como la prevención cardiovascular en la clínica diaria

5.5.5. Tipos de demencias.

- Demencia tipo Alzheimer
- Demencia vascular
- Demencia debida a enfermedad por VIH
- Demencia debida a traumatismo craneal
- Demencia debida a enfermedad de Parkinson
- Demencia debida a enfermedad de Huntington
- Demencia debida a enfermedad de Pick
- Demencia debida a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
- Demencia debida a otras enfermedades médicas
- Demencia persistente inducida por sustancias
- Demencia debida a múltiples etiologías
- Demencia no especificada

5.5.6. Otras demencias.

La demencia se trata como un síndrome, es decir, un grupo de signos y síntomas que forman un conjunto y que pueden ser causados por una serie de enfermedades subyacentes, relacionadas con pérdidas neuronales y daños en la estructura del cerebro, es decir, una persona mayor con necesidades. El cuidador principal es el que tiene la responsabilidad total o mayor de la

atención brindada a la persona mayor dependiente en el hogar, Por lo tanto, estamos interesados en la comunicación entre los cuidadores primarios y las personas mayores con demencia y sus implicaciones para la atención en el entorno doméstico.⁽²⁹⁾

Demencia por hidrocefalia normotensa o enfermedad de Hakim-Adams. Considerada como demencia reversible, se presenta con relativa frecuencia en los ancianos. Inestabilidad en la marcha con base amplia de sustentación, desorientación, defectos mnésicos, incontinencia urinaria, cambios de conducta. Se genera asociada a otros daños como traumáticos y vasculares (ex vacuo). Caracterizada por aumento de los espacios ventriculares y atrofia de la corteza, existe un defecto en la circulación del líquido cefalorraquídeo. Se consideran varios subtipos que pueden ser caracterizados con pruebas gammagráficas de la circulación del líquido marcado; y puede ser tratada en algunos casos con una válvula de derivación. Se aconseja una prueba en la que se extraen al menos 20 ml de líquido por punción lumbar y si existe una mejoría en los próximos días habrá que proceder a la derivación. Desafortunadamente no todos los pacientes responden y si el problema tiene más de seis meses es probable que se hayan establecido daños irreversibles.

5.5.7. Tratamiento.

Como hemos mencionado a lo largo del tema, en caso de ser un problema de salud que simule una demencia, éste debe ser tratado como el caso del hipotiroidismo, la deficiencia nutricional, uremia o cualquier otro y en cada paciente el tratamiento ser diferente y específicos. Cuando es posible extirpar un tumor se debe sugerir la cirugía correspondiente, cuando la hidrocefalia pueda responder a la instalación de una derivación, ésta debe ponerse; en los hematomas e higromas debe considerarse su drenaje, etc. El gran reto lo constituyen las demencias irreversibles en las que no es posible un tratamiento específico.

En principio la misión del médico es mantener en el mejor estado posible de salud física, mental y social al individuo, luego dar la información y apoyo a familiares y cuidadores. Ocasionalmente el paciente requiere ser informado, lo que representa un dilema ético. Si el paciente pregunta debe contestarse con la verdad, sin embargo, la verdad tiene muchas formas de poder expresarse y debe ser aderezada siempre con compasión y pequeñas dosis de esperanza. Como anotamos antes, el paciente es generalmente el primero en darse cuenta de las deficiencias cognoscitivas que le aquejan. El conservar y estimular lo que no se ha perdido en habilidades y vida diaria es crucial para mantener más integrado al paciente. Se requiere gran ingenio al manejar pacientes con demencia y en cada caso individual se podrán sugerir otras alternativas como la compañía de animales, la música, ocupaciones que se disfruten y sean seguras para el paciente y sobre todo que estimulen la socialización.⁽²⁸⁾

Rehabilitación cognoscitiva general donde se busca una orientación a la realidad y situaciones significativas del paciente con su entorno socio-familiar, mayor contacto e interacción social con elementos enfocados a la cognición, entrenamiento cognoscitivo, lo cual se refiere al entrenamiento en tareas específicas: memoria, atención, lenguaje y funciones ejecutivas para la adaptación según el compromiso cognoscitivo, dificultades prácticas específicas tanto para el paciente como para el cuidador y que son relevantes en la vida diaria. La familia sufre y debe cambiar sensiblemente sus costumbres para poder cuidar adecuadamente al enfermo por lo que la asesoría, apoyo y consuelo constante son parte esencial del trabajo geriátrico. Mantener el ambiente adecuado que propicie orientación a la realidad, evite conflictos y reacciones catastróficas, así como garantizar la seguridad del paciente, son fundamentales. Sugerencias respecto a comportamientos difíciles que se presentan en los pacientes demenciados y sus posibles formas de manejo se anotan a continuación. Afortunadamente ya existen varias guías accesibles.⁽²⁸⁾

Los comportamientos difíciles que presentan los pacientes con demencia pueden estar relacionados con los cambios que se dan dentro del cerebro, pero en otras ocasiones son el resultado de eventos y factores ambientales; el buscar sistemáticamente la causa del comportamiento facilita su manejo y tolerabilidad. Los pacientes con demencia son muy vulnerables a los medicamentos y sus efectos adversos. Pueden causar confusión, disminución en el nivel de funcionamiento, somnolencia, caídas, agitación, problemas para orinar y para dormir.

El deterioro visual y auditivo dificultan aún más la habilidad para entender lo que ocurre alrededor; si están presentes deben corregirse. Las enfermedades agudas como las infecciones en las vías respiratorias o urinarias causan confusión, agitación o abatimiento; el paciente con demencia no siempre puede verbalizar sus molestias. En el caso de las enfermedades crónicas como la insuficiencia cardíaca o la diabetes, se puede afectar el ánimo y nivel de funcionalidad y las molestias se manifiestan como irritabilidad. Es fácil que este tipo de pacientes se deshidrate ya que no reconocen la sensación de sed, no toman suficientes líquidos y olvidan beberlos. El estreñimiento en pacientes demenciados también es frecuente ya que la alimentación, hidratación y ejercicio son difíciles de mantener; la incomodidad que se produce puede llevar incluso al delirium.

5.5.9. Manejo integral de la demencia.

En este manejo participan los familiares, el médico y todos los demás integrantes del equipo profesional de salud. Son todas las intervenciones posibles para garantizar la supervivencia de la familia y del enfermo tomando en cuenta sus recursos, posibilidades y carencias que van a determinar la calidad de vida y el mejor funcionamiento de ambos en el transcurso de la enfermedad. El médico debe entender qué significa para un familiar ser cuidador primario, pues la mayoría de las veces es el único recurso disponible. En segundo lugar, el profesional de la salud debe tener conocimientos sobre

las formas específicas para apoyar a las familias, considerando que no hay una sola familia igual, realizar el diagnóstico psicosocial para evaluar el estado emocional de la familia, permitiendo que los familiares enfrenten sus emociones negativas y la realidad del cuidado. A través de la educación asesorar a la familia para que pueda comprender y “digerir” la información sobre la demencia. Preguntarles qué tanto saben es una manera sencilla de medir la posibilidad de comprensión.

La identificación temprana, la intervención psicosocial puede ayudar a los familiares a hacer frente y adaptarse a los cambios progresivos asociados con las demencias, disminuir la carga emocional, el estrés, prevenir la institucionalización temprana. La manera en que la familia asimile la información, la aplique dependerá de la habilidad, capacidad del médico para proporcionarla, pues ninguna familia puede absorber toda la información necesaria en una sola sesión. El equipo de salud debe estar preparado a repetir la información cuantas veces sea necesario. En diferentes estudios realizados se ha visto que los familiares esperan del médico, del resto del equipo de salud: tratamiento activo para mantener el más alto nivel de funcionamiento, calidad de vida, cuidar en la forma más efectiva al enfermo, personal calificado que sepa de las demencias tanto conocimientos teóricos como abordajes prácticos en el manejo de síntomas, validación sobre la forma en que cuidan del significado de perder en vida a un ser querido a pesar de los esfuerzos que hacen, tranquilidad a partir del apoyo de los profesionales que permanecerán al lado en el transcurso de la enfermedad, información del profesional sobre diferentes estrategias de acción para resolver problemas, control sobre la situación recibiendo información, asesoría, guía de los profesionales que les permita planear el futuro, alternativas sobre el cuidado que se ofrece en la comunidad, aligeran la carga.

La educación de los familiares, cuidadores pagados y profesionales de la salud es la intervención más importante, dado que el conocimiento proporciona

tranquilidad y un sentido de control que va a mejorar actitudes, comunicación y habilidades. Determinar qué tan rápido avanzan las enfermedades demenciales es una pregunta que el clínico enfrenta diariamente. Para la persona enferma confrontada con las pérdidas progresivas de sus capacidades funcionales, que pueden provocar variadas reacciones emocionales y conductuales como frustración, retraimiento, ansiedad, humillación, apatía o agresividad, que a su vez tendrán un impacto en el funcionamiento social del individuo conforme las incapacidades se hacen más notorias la seguridad está cada vez más comprometida, más en riesgo y puede ser peligroso dejar a la persona sola en casa, requiriendo tal vez la institucionalización a futuro. Esto impacta al familiar o cuidador primario por la pérdida progresiva de habilidades y por los cambios de roles con presencia de diferentes reacciones emocionales: agobio, vergüenza, irritación y sobrecarga.

En las etapas iniciales, el familiar asume gran parte del trabajo doméstico: preparar la comida, ir de compras, limpieza, pagos y asuntos bancarios que el enfermo ya no puede hacer. Conforme avanza la enfermedad, el paciente requiere ayuda con la higiene personal, baño, peinado, vestido, arreglo personal. Más adelante, supervisión las 24 h y mantener la seguridad del enfermo. Además de proporcionar ayuda con estas actividades de la vida diaria, los familiares deben enfrentar la falta de introspección del enfermo respecto a su enfermedad y de todos los cambios conductuales que acompañan a la demencia. Pero además el enfermo resiente la ayuda que la familia le proporciona, unido a problemas de comunicación que les impide mostrar su agradecimiento.

En las primeras etapas de las enfermedades demenciales el esfuerzo es más emocional: aceptar el diagnóstico y pronóstico, ajustarse a todos los cambios; conforme avanza la enfermedad la satisfacción de las necesidades personales del enfermo representa un mayor esfuerzo físico. Cuidar a alguien con demencia tiene serias consecuencias para la familia como unidad en general

y para el cuidador primario en particular con efectos adversos en la salud física, mental y social.

Para facilitar el cuidado y atención de las personas demenciadas se cuenta con terapias de apoyo que el médico debe conocer para poder así recomendar como son: de reminiscencia, de orientación a la realidad, validación, directiva, musicoterapia, aromaterapia, de intervención en crisis y tantas otras como la creatividad permita.

La pérdida progresiva de la memoria es una característica en la demencia, además el síndrome demencial incluye al menos una de las siguientes pérdidas cognitivas: afasia; agnosia; apraxia y alteración de las funciones de ejecución, como planificación, organización, secuencia y abstracción. Según el grado de evolución de la demencia, la pérdida de las capacidades funcionales (déficit de memoria, percepción y coordinación motora) es lo que más afecta al individuo, comprometiendo principalmente sus condiciones para realizar el autocuidado.⁽³⁰⁾

En relación con la calidad de vida de los cuidadores, el profesional de la salud tiene una gran responsabilidad en atender la necesidad de cuidar al cuidador primario: familiar o pagado especialmente si es también viejo y a todos aquellos que proporcionan servicios a los pacientes demenciados. Se recomienda para todos ellos ventilar sus emociones y sentimientos periódicamente en grupos de apoyo, seguir una dieta bien balanceada, hacer ejercicio en forma regular, visitar al médico con frecuencia y contar con planes de emergencia. Finalmente deberíamos contar con los servicios de apoyo necesarios que complementan este manejo integral como son: servicios de acompañantes, verdaderos centros de atención diurna, servicios de respiro, comidas a domicilio, cursos de capacitación para problemas específicos y un mayor número de grupos de apoyo. En suma, el objetivo central del manejo integral es garantizar al máximo la calidad de vida y funcionamiento tanto del

enfermo, del familiar cuidador primario, como del equipo de salud que acompaña en el transcurso de las demencias.

Tabla 2: Tratamiento no farmacológico y farmacológico de la demencia.

Tratamiento no farmacológico de la demencia.	Tratamiento farmacológico de la demencia.
<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación cognitiva. • Apoyo en el autocuidado. • Fortalecimiento cognitivo. • Entrenamiento cognitivo. • Reminiscencia. • Intervenciones sensoriales. • Arteterapia. • Orientación a la realidad. • Nuevas tecnologías. 	<p>Existe en la actualidad una gran variedad de fármacos utilizados en el tratamiento de la demencia, sin embargo, sólo algunos de ellos han mostrado eficacia y pocos efectos adversos, situación que incluso en algunos casos obliga a retirar el tratamiento. Por lo anterior, se mencionan los de mayor aplicación clínica, por otra parte, los que se encuentran en investigación e incluso con fines profilácticos. No se pasa por alto que el control de enfermedades (diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia, etc.) relacionadas a demencia, en su caso evita su presentación.⁽²⁸⁾</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donepezilo. • Rivastigmina. • Galantamina. • Memantina. (Anexo 3)

Elaboración propia del libro de **Practica de la Geriatria** de Rosalía Rodríguez García, tercera edición, McGraw Hill, 2011.

5.5.10. Complicaciones.

Las complicaciones están en función del grado de avance de la demencia, no obstante, las más frecuentes son secundarias a inmovilidad (neumonía por aspiración, úlceras por presión, anorexia, intolerancia a la glucosa, contracturas musculares, reducción del volumen plasmático, infección de vías urinarias, entre otras), por lo que se sugiere mantener el máximo nivel de

funcionalidad del individuo con objeto de disminuir su presentación, lo cual se logra con cambios frecuentes de posición, medidas de rehabilitación activas o pasivas, hidratación, alimentación, calendario de incontinencias, apoyo emocional al paciente, la familia y cuidador. También, como preventivo, la vigilancia y tratamiento de enfermedades sistémicas, sobre todo las del riesgo vascular.⁽²⁸⁾

5.6. Demencia de origen vascular.

La enfermedad vascular cerebral (EVC) aguda se puede definir como un síndrome clínico caracterizado por una serie de manifestaciones neurológicas focales secundarias a la interrupción súbita del flujo sanguíneo cerebral (FSC), en cualquier parte del parénquima y que puede resultar en déficits sensoriales, motores, psicopatológicos y cognitivos; podemos clasificar a la EVC en dos tipos; el tipo isquémico y el tipo hemorrágico, el primero ocurre como consecuencia de la oclusión de una arteria cerebral que por lo general da como resultado una isquemia focal que puede darse en forma de un ataque isquémico transitorio (AIT) o como un infarto cerebral dependiendo si los síntomas remiten o no antes de las 24 horas después del inicio; el segundo ocurre por la ruptura de alguna arteria que da origen a una hemorragia en el parénquima cerebral. El tipo de EVC más frecuente es el isquémico (85%) en especial en la población de edad avanzada (mayores de 65 años). La EVC es actualmente la segunda causa de muerte en personas mayores de 60 años y la quinta causa de muerte en personas entre los 15 y los 59 años.⁽¹³⁾

El concepto de deterioro cognitivo (DC) involucra una pérdida o disminución en el rendimiento de por lo menos una de las funciones mentales superiores: memoria, atención, concentración, orientación espacial y temporal, pensamiento abstracto, planificación y ejecución, lenguaje y fluencia verbal, juicio y razonamiento, cálculo, habilidad constructiva y aprendizaje; y supone una baja con respecto al funcionamiento previo de las habilidades y capacidades aprendidas, lo que no siempre es demostrable, ya que en la

práctica clínica es difícil documentar el nivel de funcionamiento previo que se tenía de las habilidades; sin embargo existen actualmente varias pruebas que pueden ayudar en el diagnóstico del deterioro cognitivo.⁽¹³⁾

A nivel mundial la prevalencia del deterioro cognitivo leve se sitúa entre el 1% y el 28.3%, dependiendo del país y en ocasiones de los métodos empleados para su medición y los pacientes reclutados, de manera similar a la demencia el DCL incrementan conforme avanza la edad; en los grupos de hasta 79 años se calcula una prevalencia de 10%, mientras que a los 89 años se encuentra hasta el 25%.

Tanto el deterioro cognitivo de origen vascular (DCV), como la demencia vascular (DV), tienen su origen en las lesiones vasculares o de origen circulatorio sobre el parénquima cerebral, dentro de estas se encierran la demencia multiinfarto, la demencia post-ictus y patología vascular isquémica subcortical; sin embargo, no en todos los casos se alcanza la categoría de demencia después de una EVC.

Este tipo de deterioro comprende varios cambios cognitivos y conductuales que se relacionan a la patología vascular cerebral y se encuentra caracterizado por deterioro en las funciones mentales superiores, en especial en la atención, además de manifestaciones psiquiátricas como depresión, ansiedad, síntomas psicóticos e insomnio.

5.6.1. Clasificación de las demencias vasculares.

Después de la enfermedad de Alzheimer, la demencia vascular es la segunda causa de demencia en la actualidad, se calcula que, durante los tres meses siguientes a una EVC, de 20% a 30% de los pacientes son diagnosticados con demencia. Se debe tomar en cuenta que las demencias vasculares también se presentan con deterioro en funciones ejecutivas, alteraciones en la marcha y signos de focalización neurológica dependiente del área afectada.

Demencia multi infarto.

También referida como demencia post-ictus. Este tipo de demencia fue descrita por Hachinski en la década de los setentas, es la más común de las demencias vasculares; es ocasionada por destrucción del parénquima cerebral resultante de la oclusión arterial cerebral, tanto cortical como subcortical de vasos arteriales pequeños y grandes. Por lo general la obstrucción se ubica en las grandes arterias, es causada por trombosis aterosclerótica o embolia cardiogénica, no puede ser ligada a un vaso o grupo de vasos específicos. La presentación clínica de este tipo de demencia y su déficit cognitivo aún no están bien establecidos, aunque se puede observar un deterioro variable de las funciones ejecutivas, ya sea de manera precoz o tardía, que no es de manera uniforme, es decir, mantiene un “patrón parchado” de acuerdo a las áreas que se van afectando, conservando ciertas funciones y teniendo un deterioro severo en otras. El curso de la demencia es progresivo como en la enfermedad de Alzheimer y los efectos de los ictus son acumulativos en el deterioro.⁽¹³⁾

Demencia por infarto estratégico.

Este tipo de demencia está constituida por infartos en áreas específicas corticales o subcorticales relacionadas con las funciones ejecutivas y el comportamiento. Este tipo de demencia tiene un inicio abrupto o con un déficit escalonado de las funciones ejecutivas; dado que en muchas ocasiones son infartos únicos, las manifestaciones motoras pueden ser de gran ayuda en la orientación del diagnóstico, tanto del infarto estratégico, como de la demencia post-infarto, sin embargo en algunos pacientes no existen otras manifestaciones más que las conductuales, en cualquier caso la obtención de imágenes por tomografía o resonancia magnética es de gran utilidad para la localización de la lesión y para descartar otras causas de demencia o cambios conductuales y cognitivos. De acuerdo a Hoffman y cols. los déficits cognitivos resultantes de infartos estratégicos se derivan de 5 regiones: Prefrontal

subcortical (función ejecutiva), hemisférica izquierda (afasias), hemisférica derecha (agnosias, heminegligencia y aprasodias), hipocampal límbica (déficit de memoria y trastornos emocionales) occipito temporal (procesamiento visual complejo) y mixtos.⁽¹³⁾

Demencia por enfermedad isquémica de pequeñas arterias.

En este grupo se incluyen las lesiones corticales y subcorticales secundarias a infartos lacunares, lesiones difusas en la sustancia blanca y lesiones en la enfermedad de Binswagner. En el aspecto cognitivo, la enfermedad de pequeños vasos se caracteriza por un déficit en la velocidad procesamiento de la información y de funciones ejecutivas con una preservación relativa de la memoria episódica; esta es una de las formas más comunes de deterioro cognitivo de origen vascular en las personas mayores, hasta el momento se cree que es secundaria a la interrupción de las vías de conducción de la sustancia blanca que conectan los procesos cognitivos. La enfermedad de Binswagner, se compone de demencia, evidencia de enfermedad cerebrovascular (por imagen e historia clínica) y disfunción subcortical, resultante de una atrofia de la sustancia blanca secundaria a aterosclerosis, en la mayoría de los casos la aparición del cuadro clínico se observa entre los 50 a 59 años, afecta por igual a hombres y mujeres; se le ha asociado a hipertensión arterial sistémica mal controlada, diabetes mellitus y cardiopatía isquémica.⁽¹³⁾

Deterioro cognitivo vascular, sin demencia post-EVC.

Esta clasificación del deterioro cognitivo se refiere a aquellos pacientes que tienen deterioro cognitivo leve secundario a lesiones cerebrovasculares, pero que no cumplen con los criterios de demencia, es decir que no existe una alteración en la funcionalidad del paciente a pesar de la disminución en las funciones ejecutivas. Este tipo de deterioro engloba los cambios cognitivos y conductuales secundarios a sucesos vasculares cerebrales, sin embargo, se diferencia de la enfermedad de Alzheimer y de la demencia vascular por su

especial déficit en la atención, acompañado de la disminución de otras funciones ejecutivas y de la aparición de manifestaciones psiquiátricas (depresión, ansiedad, síntomas psicóticos y trastornos del sueño). Posterior a una EVC, se ha observado que 55% de los pacientes muestran deficiencias en al menos una función cognitiva; 51% presentan síndromes frontales y hasta el 40% tienen una disfunción cognitiva importante. Además de la disfunción cognitiva, el DC en la enfermedad cerebrovascular se ha relacionado con ciertos resultados negativos como: incremento en la mortalidad y disminución en la recuperación de las funciones.⁽¹³⁾

Trastornos psiquiátricos asociados al deterioro cognitivo post-EVC.

Además de los tipos de demencia, existen varios trastornos psiquiátricos que se pueden presentar después de una EVC; entre los más comunes podemos encontrar: depresión, psicosis, delirio, síndrome amnésico, ansiedad, síndrome frontal y trastorno orgánico de la personalidad; entre ellos la depresión tiene un papel muy importante. La depresión post-EVC es una de las complicaciones psiquiátricas más comunes, su prevalencia a los tres meses alcanza hasta el 33% de los pacientes y ha sido relacionada con mayor mortalidad, mayor discapacidad, mayor nivel de afección en lenguaje y mayor deterioro cognitivo, entre otros.⁽¹³⁾

5.6.2. Evaluación y manejo del deterioro cognitivo de origen vascular.

La presencia de deterioro cognitivo es muy común durante las primeras semanas que siguen a una enfermedad vascular cerebral y su detección temprana puede ayudar a ajustar el manejo de los pacientes para obtener mejores resultados, la evaluación cognitiva de los pacientes a las dos o tres semanas después del evento tiene la capacidad de predecir el funcionamiento hasta un año después, además de esto, el conocimiento de la ubicación de la lesión puede contribuir al diagnóstico y por consecuencia a la intervención. Gaillard y cols. evaluaron los déficits cognitivos post EVC, y observaron que

los pacientes con infartos en territorio de la arteria cerebral media tenían mayor disfunción cognitiva.

Evaluación del deterioro.

Para la evaluación del deterioro cognitivo existe diferentes pruebas que han sido estandarizadas en varios países; la Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA) (Anexo 5) creada en 1996, es recomendada para la medición rápida de deterioro cognitivo leve de diferentes etiologías, entre las que se incluyen la enfermedad vascular cerebral y otras enfermedades vasculares que afectan al parénquima cerebral; este examen evalúa atención, concentración, funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, capacidades visuoespaciales, cálculo y orientación y actualmente se encuentra estandarizada para el idioma español.

El Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC) (Anexo 6), la versión adaptada en España del Mini Mental State Examination (MMSE) (Anexo 7) desarrollado por Folstein, es un cuestionario rápido que permite de manera general establecer el grado de funcionamiento cognitivo del paciente, además de que puede detectar la presencia de demencia y también se ha usado como método de monitoreo para el deterioro de las funciones cognitivas en adultos mayores, sin embargo, se aconseja no usarlo como método diagnóstico. Este examen evalúa orientación, memoria, atención, cálculo y lenguaje; y puede emplearse como método de tamizaje para las disfunciones cognitivas.

El test CAMDEX en su versión más reciente (CAMDEX-R), es una evaluación que ayuda a diferenciar la enfermedad de Alzheimer de otros trastornos mentales y del deterioro normal secundario a la edad, además de establecer el diagnóstico de demencia ayuda a medir su progresión y su clasificación.

La Evaluación Neuropsicológica Breve en español (NEUROPSI), inicialmente creada para población latina, es un test que valora orientación, atención, concentración, memoria, lenguaje, escritura y lectura, percepción visoespacial

y funciones ejecutivas, es capaz de detectar y diferenciar las etapas del déficit cognitivo en especial en la demencia por enfermedad de Alzheimer. También existe la prueba NEUROPSI atención y memoria, la cual evalúa específicamente los diversos tipos de atención (atención selectiva, sostenida, control atencional) y memoria (memoria de trabajo, de corto, largo plazo para material verbal visoespacial); esta prueba resulta particularmente útil en la evaluación post-EVC, ya que dos de las principales funciones ejecutivas que se encuentran alteradas en estos pacientes son la atención y la memoria.

La batería Luria-DNA (diagnóstico neuropsicológico de adultos) creada por Manga y Ramos, a partir del material de Luria, previamente organizado por Christensen. Es una prueba que permite evaluar y obtener un perfil psicológico en cinco áreas específicas: visoespacial, lenguaje oral, memoria, intelectual y control atencional. Es considerada un test sensible, pues ayuda a detectar alteraciones en las funciones cognitivas de las zonas corticales de ambos hemisferios; además permite la comparación de un individuo contra el grupo normativo y ha resultado útil en la evaluación del deterioro cognitivo secundario a daño cerebral.⁽¹³⁾

5.6.3. Manejo de la demencia vascular.

Hasta el momento existen múltiples técnicas utilizadas en el tratamiento del DC después de una EVC. Actualmente se está probando la eficacia de la actovegina como intervención farmacológica en el deterioro cognitivo post-EVC. Otros fármacos neuro protectores han sido probados, sin embargo, aún no existen resultados concluyentes.

La rehabilitación neuropsicológica o cognitiva engloba todas las técnicas, procedimientos y uso de apoyos que se realizan con el fin de que las personas que han sufrido algún tipo de lesión cerebral, alcancen su mejor rendimiento cognitivo, tengan buena adaptación familiar, social, laboral y así puedan en medida de lo posible regresar de manera segura e independiente a sus

actividades; las intervenciones están centradas en la combinación de tres elementos principales: Mejoramiento de los componentes de las funciones ejecutivas, compensación del deterioro de las funciones ejecutivas y métodos adaptativos para aumentar la independencia del paciente.

La rehabilitación del deterioro cognitivo vascular es un proceso personalizado, así, para poder crear un programa adecuado se deben tomar en cuenta las capacidades mentales previas del paciente, el grado de conciencia que tiene el enfermo sobre su propia enfermedad y el trabajo que se puede realizar en conjunto con la familia y el personal de salud. Además de esto, el neuropsicólogo debe centrarse en las necesidades personales del paciente para crear metas específicas que le permitan mayor funcionalidad.

Se pueden encontrar programas de rehabilitación cognitiva ya estructurados, como el córtex y el Neuro-Cog. Córtex (programa para la estimulación y el mantenimiento cognitivo en demencias) fue creado por psicólogos de la asociación de familiares de enfermos de Alzheimer de Tres Cantos, Madrid y tiene como objetivo mantener y conservar las funciones cognitivas de las personas con algún tipo de demencia por el mayor tiempo posible, este programa está dirigido principalmente para profesionales que trabajan con adultos mayores sin embargo puede ser usado por cualquier persona encargada del cuidado de un adulto mayor dependiente; consta de un manual y 700 fichas electrónicas a color de diferentes módulos de acuerdo a la función que se desea trabajar (atención, calculo, funciones ejecutivas, gnosias, lenguaje, memoria, orientación y praxias), las fichas se distribuyen de acuerdo a dos niveles, el primero de fase leve y el segundo de fase moderada; los ejercicios contenidos en estas fichas se ha empleado por 15 años dentro de las aulas de estimulación y mantenimiento cognitivo.⁽¹³⁾

(Las observaciones se realizaron el capítulo de marco teórico: como los puntos, comas, títulos, etc.)

VI. CUIDADO DE ENFERMERÍA.

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente.⁽³¹⁾

Sin embargo, existen situaciones que influyen en el que hacer del profesional de enfermería, olvidando en algunos momentos, que la esencia de ésta es el respeto a la vida y el cuidado profesional del ser humano. Por tal motivo, surge la necesidad de reflexionar acerca de la importancia del cuidado de enfermería, ya que éste repercute y forma parte de la producción de los servicios sanitarios, considerados imprescindibles para conseguir algunos resultados finales tales como: el alta, la satisfacción, menor estancia hospitalaria del paciente, mayor productividad, eficiencia y eficacia del profesional y el mantenimiento de la calidad de la atención, entre otros.

La revisión acerca del cuidado de enfermería nos lleva a la reflexión de que el profesional de enfermería necesita una reforma humanista que le permita formarse un correcto y elaborado juicio de lo que significa cuidar al paciente y centrar su función, en la atención y apoyo, para que de esta manera se puedan brindar servicios de una clase nueva y diferente de profesionales sanitarios.⁽³²⁾

Hoy en día un gran número de profesionales en enfermería están comprometidos con la práctica profesional al lado de personas, familias o comunidades, y son responsables de ofrecer cuidados específicos basados en las necesidades que viven las personas ante diversas experiencias de salud. De manera general podemos decir, el centro de interés de la disciplina de enfermería indica aquello que se orienta a la práctica de la enfermera, sobre lo que dirige su juicio clínico y sus decisiones profesionales ante las demandas de la población que día a día se están enfrentando.⁽³¹⁾

La práctica profesional de enfermería incluye otorgar un cuidado individualizado, la intervención de una enfermera como recurso terapéutico y la integración de habilidades específicas.

El cuidado comprende aspectos afectivos, relativos a la actitud y compromiso, como elementos técnicos, los cuales no pueden ser separados para otorgar cuidados, también la identificación del significado del cuidado para quien lo otorga y para quien lo recibe, la intención y la meta que se persigue.

Por lo tanto, la práctica de enfermería se ocupa más allá del acto de cuidar que une el "qué" del cuidado y el "cómo" de la interacción persona-enfermera, implica crear un cuidado que recurra a diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones. Desde esta perspectiva se trata de un cuidado innovador que une la ciencia y el arte de enfermería, que se centra en la persona, la cual, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud favorables para su actuar diario.

Este estudio sobre el cuidador familiar de adultos mayores y cuidado cultural en cuidados de enfermería adoptó la definición de Madeleine Leininger, quien define la atención como las acciones y actividades dirigidas a la asistencia, el apoyo o la capacitación de otro individuo o grupo con necesidades claras o anticipadas, para mejorar la condición humana, la forma de vida o enfrentar la muerte.⁽³³⁾

El cuidado de los adultos mayores dependientes puede implicar aspectos negativos para el familiar, como cambios en el estado físico y emocional, un desequilibrio entre la actividad y el descanso, así como un enfrentamiento individual comprometido.⁽³³⁾

La enfermería, como cualquier disciplina profesional necesita utilizar una forma de proceder para llevar a cabo el servicio que presta a sus usuarios, y que se

caracteriza por dar respuesta a una serie de situaciones de salud que pueden ser problemáticas para las personas.

El proceso de atención en enfermería es el método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado en evaluar en forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por la enfermera.

La primera etapa, es la valoración que consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona, la entrevista enfocada hacia las necesidades de cuidado de Enfermería que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y, el examen físico cefalocaudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historias clínicas, los laboratorios y pruebas diagnósticas. Partiendo de esta recolección de hechos se da una interacción enfermera sujeto de cuidado, en la cual se obtienen datos subjetivos que hacen referencia a lo que manifiesta verbalmente la persona y datos objetivos que se relacionan con los aspectos que la enfermera valora en la persona.⁽³⁴⁾

Ahora bien, la segunda etapa del proceso de atención en enfermería es el diagnóstico de enfermería que se define como el juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad a problemas de salud vitales reales o potenciales, que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo, un diagnóstico enfermero proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable.⁽³⁴⁾

La tercera etapa, la planeación, consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo.⁽³⁴⁾

La cuarta etapa, la ejecución, es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de enfermería.⁽³⁴⁾

La quinta y última etapa es la evaluación, entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos. Cabe anotar, que esta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería.⁽³⁴⁾

Es por ello que dentro de los diagnósticos de enfermería encontramos el riesgo de cansancio del rol cuidador etiqueta diagnóstica de los diagnósticos de enfermería que se refiere a ser susceptible a la dificultad en el cumplimiento de las responsabilidades de cuidado, expectativas y/o comportamientos para la familia u otras personas significativas, que pueden comprometer la salud con dominio siete de rol relaciones y clase uno rol del cuidador, dentro de ello encontramos las siguientes actividades: de autocuidado, del cuidador, del receptor del cuidado, procesos familiares y socioeconómicos.

Diagnóstico de enfermería.

Dominio 7. Rol/relaciones	Clase 1. Rol del cuidador
Diagnostico 00061. Cansancio del rol de cuidador	
Definición: dificultad para cumplir con las responsabilidades de cuidado, expectativas y/o comportamientos para con la familia o personas significativas.	
F/R	M/P
Del cuidador. <ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos insuficientes sobre los recursos insuficientes. • El desarrollo del cuidador no es suficiente de las expectativas propias. Actividades de cuidado. <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de cuidado excesivas. • Insuficiente descanso para el cuidador. • Tiempo insuficiente. Socioeconómicos. <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo insuficiente. • Dificultad para acceder a la asistencia. 	Actividades de cuidado. <ul style="list-style-type: none"> • Preocupaciones por los cuidados habituales. • Cambios disfuncionales en las actividades del cuidador. Estado de salud del cuidador: socioeconómicos <ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social. • Cambios en las actividades de esparcimiento. Procesos familiares. <ul style="list-style-type: none"> • Preocupación por los miembros de la familia.

Elaboración propia a partir del libro **Diagnósticos enfermeros, definición y clasificaciones 2018-2020**, Undécima edición. ELSEVIER.

VII. ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA PARA EL APOYO AL CUIDADOR.

A continuación, se desglosan las principales actividades de enfermería para el apoyo al cuidador principal del adulto mayor con demencia de tipo vascular.

NIC 7040 Apoyo al cuidador principal.	
Dominio: 5 Familia.	Clase: X Cuidados durante la vida.
Definición: Ofrecer la Información consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.	
Actividad.	Fundamentación.
<p>Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.</p> <p>Estrategias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educación a los familiares y cuidadores para apoyar al paciente en su entorno social. • Reforzar las actividades habituales del paciente mediante los conocimientos del cuidador. • Reforzar los conocimientos de cuidados hacia los adultos mayores con demencia de tipo vascular. 	<p>El cuidador familiar realiza un conjunto de tareas en la vida diaria que requieren conocimiento y capacitación, como actividades de la vida diaria, resolución de problemas, toma de decisiones, actividades que requieren habilidades comunicativas y organizativas, entre otros cuidados de anticipación y vigilancia. La necesidad de gestionar las expectativas y demandas asociadas con el proceso de atención está relacionada con el sentimiento de responsabilidad total que los cuidadores familiares sienten hacia el paciente, caracterizado por la preocupación por el futuro, la sobrecarga y el sentimiento de no soportar indefinidamente este papel.⁽³⁵⁾</p> <p>La implementación de intervenciones sistematizadas puede facilitar muchísimo el papel del cuidador. En estas intervenciones es necesario incluir los aspectos relacionados con el luto anticipado, con la vivencia de pérdida progresiva y de pérdida del ánimo por parte de quien cuida; y las dificultades relacionadas con el régimen terapéutico, las actividades de la vida cotidiana, las estrategias a adoptar para facilitar la prestación de cuidados, el plan a seguir para garantizar la seguridad del paciente y del cuidador, y globalmente la capacidad para desempeñar el papel de prestador de cuidados en función de las necesidades de la persona que recibe los cuidados.⁽³⁶⁾</p>

NIC 7040 Apoyo al cuidador principal.	
Dominio: 5 Familia.	Clase: X Cuidados durante la vida.
Definición: Ofrecer la Información consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.	
Actividad.	Fundamentación.
<p>Determinar la aceptación del cuidador de su papel.</p> <p>Estrategias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindar cuidados de aceptación hacia el cuidador para que desempeñe mejor su papel. • Reforzar habilidades de aceptación para el cuidado del adulto mayor. 	<p>En Brasil, la prestación de atención a personas mayores dependientes se realiza tradicionalmente en el contexto familiar. La familia es reconocida como la principal fuente de apoyo y la figura femenina es elegida como agente de esta atención, Es necesario evaluar el funcionamiento familiar, ya que no es seguro que esta nueva familia esté preparada para asumir la tarea de cuidador. Cuando se preguntó a los cuidadores sobre los motivos por los que se ocupan de estos pacientes de edad avanzada, el 50.0% afirma que lo hacen porque quieren y el 41.7% porque son la única persona disponible para esta tarea. Cuando se les preguntó acerca de recibir ayuda, la mayoría de los cuidadores informaron que no reciben ayuda de otras personas, ni familiares ni profesionales. En cuanto al funcionamiento familiar que informaron los cuidadores, la mayoría de los entrevistados (82%) afirmaron que el funcionamiento familiar era bueno. Conocer el perfil de los cuidadores y el funcionamiento familiar desde su perspectiva permite a los profesionales de la salud planificar y poner en práctica políticas de apoyo social y programas públicos para familias, dirigidos a las realidades de los cuidadores.⁽³⁷⁾ Cuidar al cuidador es fundamental para que pueda ejercer su labor de un modo óptimo y continuado. El reconocimiento moral del sujeto cuidado, el anciano, no solo es una ética del cuidar, sino también lo es el reconocimiento moral y jurídico del cuidador; el que ejerce la noble función social de cuidar a otros seres humanos. Raramente se considera su figura y labor en el discurso moral sobre el cuidar. El respeto a su persona y su actividad es básico para que pueda ejercer su tarea dignamente.⁽¹⁸⁾</p>

NIC 7040 Apoyo al cuidador principal.	
Dominio: 5 Familia.	Clase: X Cuidados durante la vida.
Definición: Ofrecer la Información consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.	
Actividad.	Fundamentación.
<p>Aceptar las expresiones de emoción negativa.</p> <p>Estrategias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Folletos del tema de tanatología. • Yoga. • Lectura de libros. 	<p>La demencia es un asunto de la familia en su conjunto y todos tienen su papel y responsabilidad en el cuidado de su familiar. Sería óptimo que existiese entre ellos una comunicación abierta, con el propósito de repartir a cada miembro de la familia sus respectivas tareas de cuidado. Por otra parte, deben ponerse de acuerdo en las decisiones y manejo de las actividades y problemas del enfermo, lo que favorece la armonía y coherencia entre ellos que permite un cuidado más satisfactorio y una atmósfera más positiva para el paciente y para el cuidador principal.⁽³⁸⁾</p> <p>Ser cuidador familiar, al contrario de un evento transitorio, es una situación que exige una responsabilidad cotidiana y transforma la vida del individuo. Esto demanda tiempo, energía, trabajo, cariño, esfuerzo y buena voluntad. Las pérdidas graduales cognitivas, los cambios de comportamiento y emocionales, y, hasta de personalidad del paciente, exigen una gran capacidad de adaptación para convivir satisfactoriamente.⁽³⁹⁾</p>

NIC 7040 Apoyo al cuidador principal.	
Dominio: 5 Familia.	Clase: X Cuidados durante la vida.
Definición: Ofrecer la Información consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.	
Actividad.	Fundamentación.
<p>Admitir las dificultades del rol del cuidador principal.</p> <p>Estrategias.</p> <p>Brindar asesoría sobre los cuidados de adulto mayores con demencia de tipo vascular como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación. • Vestido. • Baño. • Transportarse. • Ejercicios. • Terapia ocupacional. 	<p>La gran mayoría de la población de cuidadores informales todavía se encuentra sin las informaciones y soporte necesarios para dar asistencia. Esto es un factor de riesgo para el desgaste físico, emocional, social y financiero, delante de la progresión de las enfermedades crónicas en ancianos.</p> <p>Se ha definido la "carga" como el conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los cuidadores de enfermos crónicos que pueden afectar sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, equilibrio emocional y libertad.⁽⁴⁾</p> <p>Los términos de salud pública la prevención de reacciones adversas de naturaleza física y mental, resultantes del estrés causado por acontecimientos de la vida representa un paso importante en la humanización y calidad de vida.</p> <p>Los cuidadores familiares con un elevado sentido de coherencia evidencian menos probabilidades de percibir la sobrecarga. Los cuidadores familiares con un elevado sentido de coherencia presentan mayor probabilidad de redefinir la situación y darle un significado aceptable.⁽⁴⁰⁾</p>

NIC 7040 Apoyo al cuidador principal.	
Dominio: 5 Familia.	Clase: X Cuidados durante la vida.
Definición: Ofrecer la Información consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.	
Actividad.	Fundamentación.
<p>Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles.</p> <p>Estrategias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis FODA en conjunto con el cuidador. • Reforzar los conocimientos del cuidador en actividades de cuidado hacia el adulto mayor. 	<p>La ancianidad constituye hoy un serio problema de salud mundial, especialmente en los países desarrollados y los que van emergiendo del subdesarrollo. El adiestramiento a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente los pondrá en condiciones de brindarle con la efectividad necesaria el imprescindible y vital apoyo.⁽⁴¹⁾</p> <p>En la rutina de enfermería, se encuentra que, a pesar de tener la estructura hospitalaria, los familiares de estos pacientes ya comienzan su participación en el proceso de atención en el hospital, una acción que se extenderá al hogar, desde el alta del paciente, en la que la familia comienza a asumir toda esta atención para los ancianos. Al reflexionar sobre estos temas, se cree que es importante que los cuidadores en el hogar estén sensibilizados para cuidarse a sí mismos, para cuidar mejor a los demás. El autocuidado se considera en este estudio como las acciones de cuidado que los cuidadores domiciliarios tienen para sí mismos, para satisfacer sus necesidades físicas, mentales y espirituales, en la búsqueda de un restablecimiento de un estado de armonía interna.⁽²⁹⁾</p>

NIC 7040 Apoyo al cuidador principal.	
Dominio: 5 Familia.	Clase: X Cuidados durante la vida.
Definición: Ofrecer la Información consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.	
Actividad.	Fundamentación.
<p>Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador según corresponda.</p> <p>Estrategias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de la Valoración Geriátrica Integral. • Uso del índice de Lawton y Brody AMD. • Uso del índice de Barthel ABVD. • Uso del índice de Katz AVD. • Uso de escala de Tinetti. 	<p>La valoración geriátrica es el proceso estructurado de valoración multidimensional, con frecuencia interdisciplinario, en el que se detectan, describen y aclaran los múltiples problemas físicos, funcionales, psicológicos, sociales y ambientales.</p> <p>El envejecimiento es “el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que tienen lugar paulatina y gradualmente como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos” y es el resultado de respuestas que se llevan a cabo a todos los niveles (molecular, celular y orgánico).</p> <p>La dependencia crece en el mundo a medida que las personas envejecen. La persona anciana tiene mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, siendo las causantes de morbilidad, discapacidad y mortalidad en este grupo poblacional. La pobreza tiene un efecto de mayor vulnerabilidad en las personas con discapacidad. Al interior de las familias, los cuidados se asumen por el cuidador principal, quien supervisa y apoya la realización de las actividades básicas de la vida diaria como (bañar, vestir, darle de comer, entre otras actividades), apoya económicamente, participa en la toma de decisiones y no recibe retribución económica a cambio.</p> <p>Los profesionales ganan porque enriquecen su universo práctico y profesional al descubrir que la creatividad y la negociación entre saberes se hace prioritaria para construir propuestas congruentes con el universo cotidiano de los usuarios de los servicios de salud. Ésta podría ser una clave para combatir el escaso éxito en la adherencia de los usuarios a las instituciones de salud y a los tratamientos.⁽⁴²⁾</p>

NIC 7040 Apoyo al cuidador principal.	
Dominio: 5 Familia.	Clase: X Cuidados durante la vida.
Definición: Ofrecer la Información consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.	
Actividad.	Fundamentación.
<p>Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reforzamiento de conductas (Objetivos logrados durante los cuidados hacia el paciente, descansos adicionales, retroactivo económico). 	<p>El concepto “refuerzo positivo” hace referencia al premio que sigue a la conducta, mientras que el reforzamiento positivo es el procedimiento por el cual el sujeto que aprende realiza la asociación. No obstante, con frecuencia se utilizan los términos “refuerzo” y “reforzamiento” de forma intercambiable, probablemente porque en inglés no existe esta distinción.</p> <p>Desde un punto de vista técnico podemos decir que en el reforzamiento positivo existe una contingencia positiva entre una respuesta concreta y un estímulo apetitivo. La conciencia de esta contingencia motiva al sujeto a ejecutar la conducta por tal de obtener la recompensa (o refuerzo).</p> <p>Las difíciles condiciones económicas, que terminan siendo una de las principales preocupaciones de las familias, se reflejan en el manejo que recibe la familia de ancianos para pagar el tratamiento, la rehabilitación y los servicios de atención en el hogar.⁽⁴³⁾</p>

NIC 7040 Apoyo al cuidador principal.	
Dominio: 5 Familia.	Clase: X Cuidados durante la vida.
Definición: Ofrecer la Información consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.	
Actividad.	Fundamentación.
<p>Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad, si es el caso.</p> <p>Estrategias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientación sobre los cuidados de enfermería en el adulto mayor enseñanza con información. • Reuniones en su domicilio para animar al cuidador. • Reunión con la familia y el cuidador principal, para brindar información sobre los cuidados. • Reuniones de grupos de apoyo con algunos cuidadores para realizar debates sobre la responsabilidad de los cuidados. • Animar al cuidador con algún apoyo económico buscar alternativas para algún apoyo con la familia. 	<p>En la atención a las personas mayores que, por distintas causas, precisan de la ayuda de otra persona para hacer frente a las actividades de la vida diaria, intervienen tres agentes: la familia o apoyo informal, el sector público con su oferta de servicios y prestaciones económicas, denominado servicios formales y a oferta privada, tanto mercantil como no lucrativa.</p> <p>Actualmente, el cuidador/a está menos solo/a y la ayuda informal es compartida en mayor medida por varios familiares que hace diez años (hija, sobrina, hermana), este cambio favorece una mejor situación de los cuidadores/as que prestan ayuda a los mayores, más optimismo y mayor facilidad de afrontamiento ante las diferentes necesidades y dificultades que comporta el cuidado y que asuman la responsabilidad de los cuidados.⁽⁴⁴⁾</p>

NIC 7040 Apoyo al cuidador principal.	
Dominio: 5 Familia.	Clase: X Cuidados durante la vida.
Definición: Ofrecer la Información consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.	
Actividad.	Fundamentación.
<p>Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal.</p>	<p>Al interior de las familias, los cuidados se asumen por el cuidador principal, quien supervisa y apoya la realización de las actividades básicas de la vida diaria como (bañar, vestir, darle de comer, entre otras actividades), apoya económicamente, participa en la toma de decisiones y no recibe retribución económica a cambio.⁽⁴⁵⁾</p> <p>La experiencia de cuidar involucra una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo, provoca un aumento en la carga del cuidador, la cual si no se logra manejar adecuadamente puede traer repercusiones físicas, mentales y socioeconómicas y, por lo tanto, comprometer la vida, la salud, el bienestar, el cuidado y autocuidado no sólo del cuidador, sino también de la persona dependiente de cuidados, por lo que se requiere de un soporte social más global.⁽²⁰⁾</p> <p>En consecuencia, cuidar es una imposición de las circunstancias, no es una opción, un acto de pensamiento o algo que se decida conjuntamente. En la mayoría de los casos, la persona se ve obligada a cuidar debido a la falta de voluntad de los demás.⁽⁴⁶⁾</p>

NIC 7040 Apoyo al cuidador principal.	
Dominio: 5 Familia.	Clase: X Cuidados durante la vida.
Definición: Ofrecer la Información consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.	
Actividad.	Fundamentación.
<p>Animar la aceptación de interdependencia entre los miembros de la familia.</p> <p>Estrategias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementar asesorías con la familia y el cuidador para aceptar la interdependencia. • Brindar toda la información necesaria sobre la patología y cuidados hacia el adulto mayor para animar a los integrantes de la familia a la aceptación de independencia. • Que la familia colabore en los cuidados de adulto mayor brindar asesoría sobre como implementarlo. • Psicoterapia individual y familiar, conducida por expertos. 	<p>El rol de educador de enfermería en los cuidadores de salud debe proporcionar información sobre la elección de las alternativas disponibles, durante la fase en que el cuidado de pacientes sin esta función conlleva daños a su salud. Por lo tanto, se cree que la función principal de la enfermera desempeña un papel de facilitador, ya que brinda atención acerca de la persona enferma / cuidador lego, y participa directamente en asuntos relacionados con la educación para la salud.⁽¹⁶⁾</p> <p>Los conflictos entre los hermanos sobre diferentes aspectos del cuidado no son infrecuentes y suponen fuentes de estrés y sufrimiento importantes para el cuidador principal y el resto del sistema familiar. Pero el sistema familiar no es sólo una fuente de estresores y conflictos añadidos al cuidado, sino que también puede ser una plataforma de recursos y fortalezas esenciales para afrontar estresores importantes, como la tarea de cuidar de un familiar con demencia.⁽⁴⁷⁾</p>

NIC 7040 Apoyo al cuidador principal.	
Dominio: 5 Familia.	Clase: X Cuidados durante la vida.
Definición: Ofrecer la Información consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.	
Actividad.	Fundamentación.
<p>Monitorizar los problemas de interacción de la familia en relación con los cuidados del paciente.</p> <p>Estrategias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar visitas mensuales en su domicilio para monitorizar los problemas. • Estar en comunicación vía telefónica para supervisar los problemas que vayan surgiendo. • Realizar reuniones con la familia y el cuidador para analizar los problemas que se estén presentando. • Proponer alternativas de solución ante los problemas con la familia y la interacción con los cuidados proporcionados. 	<p>Existe una relación significativa entre la carga percibida por el cuidador informal y las características sociodemográficas, clínicas de los cuidadores y las características de la actividad. La carga promedio fue alta, y el dominio "implicaciones de la vida personal" contribuyó más a la carga física, emocional y social de los cuidadores informales. La carga fue mayor para los cónyuges, y para aquellos que experimentaron comorbilidades, el dolor relacionado con la actividad realizada y para aquellos que consideraban su salud como regular.⁽¹⁴⁾</p> <p>El cuidador principal es el que tiene la responsabilidad total o mayor de la atención brindada a la persona mayor dependiente en el hogar. Y, por lo general, la denominación de cuidador informal se da a miembros de la familia, amigos y voluntarios de la comunidad. Por lo tanto, estamos interesados en la comunicación entre los cuidadores primarios y las personas mayores con demencia y sus implicaciones para la atención en el entorno doméstico.⁽⁴⁸⁾</p>

NIC 7040 Apoyo al cuidador principal.	
Dominio: 5 Familia.	Clase: X Cuidados durante la vida.
Definición: Ofrecer la Información consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.	
Actividad.	Fundamentación.
<p>Proporcionar información sobre el estado del paciente de acuerdo con sus preferencias.</p> <p>Estrategias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilización de trípticos para brindar información. 	<p>El tema de los cuidadores adquiere especial importancia partiendo de que actualmente todas las áreas de salud en Cuba cuentan con equipos multidisciplinarios de atención Gerontológica, estos durante su labor realizan una evaluación integral al anciano y su entorno más cercano, a medida que este grupo de trabajo ha extendido y profundizado su labor, el diagnóstico y dispensarización de ancianos con demencia o algún otro trastorno cognitivo, ha ido en aumento considerando por ende que resulta oportuna la atención precoz a quienes desempeñan el rol de cuidadores, pudiendo ser considerados también como población de riesgo.</p> <p>Relación evidente con la necesidad de información, comprensión y preparación que estos tienen, dados por el anhelo de recibir ayuda para encontrar soluciones a los principales problemas que deben afrontar a diario, tratando de disminuir la "carga" que refleja las sensaciones de obligación.⁽¹⁸⁾</p>

NIC 7040 Apoyo al cuidador principal.	
Dominio: 5 Familia.	Clase: X Cuidados durante la vida.
Definición: Ofrecer la Información consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.	
Actividad.	Fundamentación.
<p>Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo con las preferencias de este.</p> <p>Estrategias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo de manuales e implementación de actividades para llevar a cabo con el paciente adulto mayor. 	<p>El cuidador laico puede entenderse como esa persona dentro del sistema de atención popular, que reúne un conjunto de conocimientos populares y habilidades culturalmente aprendidas y transmitidas para proporcionar asistencia, apoyo, capacitación o acciones de facilitación para o por otro individuo, grupo o institución que manifiesta o prevé una necesidad, con el propósito de mejorar las discapacidades y las situaciones de muerte. En la realidad norteamericana, la mayoría de las personas mayores son dependientes y viven en instituciones a largo plazo, por lo tanto, bajo cuidado profesional. En los países latinoamericanos, la mayoría de estas personas mayores viven en sus hogares bajo el cuidado directo de un cuidador lego, la mayoría de los cuales es un miembro de la familia.</p> <p>Por lo tanto, al realizar la descripción y el análisis de la formación del mensaje de los cuidadores de personas mayores con demencia, en el contexto de la atención domiciliaria, nos damos cuenta de la importancia de saber cómo funciona, ya que somos profesionales de la salud que, en primera instancia, debemos comprometernos promoviendo el bienestar y la comodidad de sus clientes.</p> <p>En el caso del cuidador y las personas mayores, esta promoción es dada por la ayuda que podemos ofrecer para optimizar la relación entre ellos, lo que favorecerá la atención. Cuidando de esta alta complejidad porque se trata de saber cómo cuidar a las personas mayores con trastornos cognitivos.⁽⁴⁸⁾</p>

NIC 7040 Apoyo al cuidador principal.	
Dominio: 5 Familia.	Clase: X Cuidados durante la vida.
Definición: Ofrecer la Información consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.	
Actividad.	Fundamentación.
<p>Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente.</p> <p>Estrategias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados ambulatorios y domiciliarios. • Reforzar las actividades habituales del paciente. • Evitar drásticas modificaciones al ambiente; evitar entornos ruidosos, aconsejable música relajante de fondo. • Realizar bajo la supervisión caminatas vespertinas. • Vigilar evacuación vesical antes de dormir y datos de impactación fecal. • Iluminar la habitación por las noches con lámparas de veladora o iluminación presencial con luz tenue. • Mantener cerrado el baño y la cocina. • Eliminar del ambiente; tijeras, cuchillos, objetos peligrosos en general. • Se recomiendan camas de menor altura. • Llevar al baño cada 2 o 3 h, con lo que se puede establecer un calendario de incontinencia. • Empleo de pañales nocturnos absorbentes, y sólo en caso necesario sondeo vesical. • Reducir la inmovilidad cama sillón. 	<p>La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores; es un trastorno complejo, progresivamente debilitante que provoca una pérdida general de las funciones cognitivas y el asesoramiento tiene que incluir información de los recursos sanitarios disponibles y formación sobre las etapas de la enfermedad. De esta manera, los cuidadores y las familias pueden plantear utilizar los recursos de cuidado en el propio domicilio o en centros de larga estancia. Además, es importante hacer seguimiento no solo del paciente, sino del cuidador para prevenir los problemas que comportan el cuidado de una persona con pérdida de independencia. capacidades funcionales. En la mayoría los países de la Unión Europea, la atención a personas con demencia es generalmente proporcionada por un miembro de la familia u otra persona cuidadora no remunerada conocido como cuidador familiar.⁽¹⁾</p>

NIC 7040 Apoyo al cuidador principal.	
Dominio: 5 Familia.	Clase: X Cuidados durante la vida.
Definición: Ofrecer la Información consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.	
Actividad.	Fundamentación.
<p>Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas de teléfono y/o cuidados de enfermería comunitarios.</p> <p>Estrategias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindar números de emergencia a cuidadores. • Brindar números de emergencia a familiares. • Uso de redes sociales para seguimiento de los pacientes. 	<p>Tele-Enfermería se refiere al cuidado de Enfermería a la distancia.</p> <p>Las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) representan una oportunidad para ofrecer cuidados; incluso desde 1990 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) menciona la importancia de aplicar estas tecnologías en las instituciones de salud y se puede mostrar en la profesión de enfermería, la cual ha empezado a implementar dispositivos electrónicos para mejorar el cuidado de la población y ha producido nuevos conceptos como el término Tele-Enfermería.</p> <p>Proyectos como un departamento de Tele-Enfermería podría generar grandes beneficios para la salud pública de Costa Rica y el mundo, como por ejemplo: brindar un seguimiento luego del egreso hospitalario, acortar distancias, disminuir reingresos hospitalarios, mejorar la adherencia terapéutica, evitar complicaciones de salud mediante una mejor comunicación, ofrecer cuidado personalizado, promover la participación de la población en sus decisiones respecto a temas de salud, impulsar la educación a distancia, promover la actualización e investigación continua de los profesionales y proyectar aún más la profesión de enfermería a la sociedad global.⁽⁴⁹⁾</p> <p>El tipo de formación que han recibido los/as cuidadores/ as está relacionado en su mayoría con los cuidados básicos generales que precisa la persona mayor dependiente cuidada coincidiendo con otros estudios, seguida de una formación relacionada con la enfermedad de la persona a la que cuidan, resultados también concordantes con otros estudios.⁽⁵⁰⁾</p>

NIC 7040 Apoyo al cuidador principal.	
Dominio: 5 Familia.	Clase: X Cuidados durante la vida.
Definición: Ofrecer la Información consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.	
Actividad.	Fundamentación.
<p>Monitorizar la presencia de indicios de estrés.</p> <p>Estrategias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar días de descanso al cuidador. • Realizar actividades deportivas, caminar, correr, salir al parque, ejercicios. • Realizar actividades para el estrés como escuchar música, leer, ver televisión. • Realizar yoga. • Aromaterapia. • Escala de valoración de Hamilton para la ansiedad. • Escala de estrés percibida. 	<p>El estrés del cuidador es un fenómeno multidimensional, es necesario apoyar la atención para minimizar / resolver este problema desde esa perspectiva. Como tal, depende de la adopción de varias estrategias enfocadas en resolver problemas específicos de cuidado diario y mejorar el apoyo social de los cuidadores.</p> <p>Esto requiere que las personas a cargo de planificar y ejecutar tales acciones, en particular las enfermeras, redirijan sus perspectivas para poner en práctica intervenciones que puedan minimizar el impacto de la dependencia del paciente anciano en el cuidador.⁽⁵¹⁾</p> <p>Los cuidadores de adultos mayores que sufren demencia se afectan en el orden físico, psíquico y socioeconómico, lo que conlleva a un elevado estrés que repercute en la calidad del cuidado que recibe el adulto mayor y en la propia evolución de la enfermedad o discapacidad. La aparición de afecciones óseas, cardiovasculares y otras de índole físico; la aparición de trastornos emocionales como depresión y ansiedad, así como la alteración de sus relaciones laborales y sociales, con la consecuente merma de sus recursos económicos; son algunos ejemplos de las consecuencias negativas del cuidado mantenido de una persona con esta enfermedad.⁽⁵²⁾</p>

NIC 7040 Apoyo al cuidador principal.	
Dominio: 5 Familia.	Clase: X Cuidados durante la vida.
Definición: Ofrecer la Información consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.	
Actividad.	Fundamentación.
<p>Explorar con el cuidador como lo está afrontando.</p>	<p>Las personas no sólo quieren percibir y valorar los sucesos con realismo, también quieren colocar los sucesos bajo la mejor luz posible para no perder su optimismo o esperanza. Por lo tanto, el subjetivismo que observará aquí, si así debiese ser denominado, es realmente un compromiso quizá negociación podría ser un término más apropiado entre las condiciones objetivas de la vida y lo que las personas desean o temen.⁽⁵³⁾</p> <p>Realmente, de Lazarus desde su propia perspectiva, que se centra en la valoración del individuo, no es una auténtica fenomenología. Mi postura, en general, es que las personas perciben y responden a las realidades de la vida más o menos exactamente de lo contrario no podrían sobrevivir ni florecer. Sin embargo, también contemplan las metas y creencias personales en sus percepciones y apercpciones, y en cierto grado todos vivimos en la ilusión.⁽⁵³⁾</p> <p>Los miembros de la familia se dan cuenta de que están obligados a asumir roles nuevos y diferentes, como el de cuidador, en los que se invierte mucha energía y esfuerzo, lo que conduce a un entorno físico y mental estresante. Varios estudios refuerzan la presencia necesaria de miembros de la familia durante el ingreso hospitalario de los pacientes ancianos, que incluyen no solo escoltar al paciente anciano sino recibir orientación sobre su papel como cuidadores después del alta hospitalaria del paciente. Los miembros de la familia participan en las actividades diarias del paciente anciano de una manera muy limitada; Sin embargo, debe tenerse en cuenta que tienen un papel importante en el apoyo emocional y social del paciente, así como en otras actividades, como beber, levantarse y volver a la cama y sentarse. Según el estudio.⁽⁵⁴⁾</p>

NIC 7040 Apoyo al cuidador principal.	
Dominio: 5 Familia.	Clase: X Cuidados durante la vida.
Definición: Ofrecer la Información consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.	
Actividad.	Fundamentación.
<p>Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés.</p> <p>Estrategias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener sueño adecuado. • Participar en actividades recreativas. • Apoyo formal. • Grupos de ayuda mutua. • Intervenciones psicoterapéuticas. • Intervenciones psicoeducativas (lecturas, materiales para escribir, persona con quien interactuar, materiales audiovisuales). 	<p>El afrontamiento del estrés en los cuidadores en su mayoría es abordado desde el afrontamiento directo y activo y por medio de la aceptación. Sin embargo, también se presenta un porcentaje significativo de cuidadores que tienden a la automedicación y otros métodos de afrontamiento ineficaces o inadecuados.⁽⁵⁵⁾</p> <p>Una estrategia para evitar las repercusiones negativas del cuidado sería eliminar el estresor. Es decir, terminar con el cuidado que prestan al mayor. Pero como esto no siempre es posible y en ocasiones tampoco es ni lo deseado por los cuidadores, ni lo deseable para las personas mayores a las que cuidan, el objetivo último de las intervenciones es permitir a los cuidadores desempeñar su rol en las mejores condiciones tanto para ellos como para los mayores a los que prestan su ayuda.⁽⁵⁶⁾</p>

NIC 7040 Apoyo al cuidador principal.	
Dominio: 5 Familia.	Clase: X Cuidados durante la vida.
Definición: Ofrecer la Información consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.	
Actividad.	Fundamentación.
<p>Educar al cuidador sobre el proceso de duelo.</p> <p>Estrategias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sesiones educativas sobre el duelo. • Búsqueda de apoyos. • Expresión emocional abierta. • Religión. • Solución de problemas. • Reevaluación positiva. 	<p>El proceso de afrontamiento desde esta perspectiva, la pérdida de un ser querido da lugar a lo que Stroebe y Schut (1999) designaron como el proceso dual de afrontamiento, que genera dos tipos de mecanismos: los orientados hacia la pérdida y elaboración de la muerte, y los orientados hacia la restauración. Los primeros focalizan la atención en la expresión de emociones, la añoranza, el recuerdo y la rumiación acerca de la persona fallecida. Los segundos incluyen las estrategias que sirven para manejar los estresores que tienen lugar como consecuencia del duelo, tales como aprender y desarrollar nuevos roles, realizar cambios psicosociales y reconstruir las creencias nucleares acerca de uno mismo después de la pérdida.</p> <p>Los tratamientos psicoterapéuticos del duelo se ven conveniente y provechoso promover el desarrollo de estrategias de afrontamiento tales como la reevaluación positiva y el entrenamiento para resolver problemas, como mecanismos orientados a restaurar una nueva normalidad en el doliente, al tiempo que resulta conveniente limitar el empleo de la estrategia de auto focalización negativa.⁽⁵⁷⁾</p>

NIC 7040 Apoyo al cuidador principal.	
Dominio: 5 Familia.	Clase: X Cuidados durante la vida.
Definición: Ofrecer la Información consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.	
Actividad.	Fundamentación.
<p>Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo.</p> <p>Estrategias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones en grupos (psicoeducativos). • Intervenciones educativas. 	<p>La importancia del apoyo que prestan las distintas redes sociales a las personas dependientes en cualquier etapa de la vida repercute directamente en el bienestar y en las expectativas de vida satisfactoria de aquel a quien se cuida, incidiendo directamente en la vida del cuidador/a principal. Del conjunto de redes sociales, se considera que la familia es la que provee de mayor cantidad de apoyo material o instrumental, mientras que los amigos o vecinos cumplen mejor con la satisfacción de otro tipo de necesidades emocionales. Con el fin de dar soporte a los cuidadores y de minimizar las repercusiones de los cuidados de larga duración, se llevan a cabo diferentes programas e intervenciones de apoyo desde los diversos niveles de atención social y sociosanitaria. En ese sentido, se destacan múltiples iniciativas, entre las que destacan programas y recursos de ayuda patrocinados por entidades públicas o privadas.⁽⁵⁸⁾</p> <p>Cuidar a personas con dependencia es una responsabilidad que implica a los familiares más directos. Desde el sector formal se realizan diversos programas e intervenciones, individuales o grupales, para dar soporte a los cuidadores de personas con dependencia. Los programas de intervención se centran en su mayoría en el cuidador principal, casi siempre un familiar, ofreciendo una exigua atención al resto de cuidadores informales del núcleo familiar y las redes de apoyo comunitario.⁽⁵⁸⁾</p>

NIC 7040 Apoyo al cuidador principal.	
Dominio: 5 Familia.	Clase: X Cuidados durante la vida.
Definición: Ofrecer la Información consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.	
Actividad.	Fundamentación.
<p>Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de la asistencia sanitaria para fomentar la propia salud física y mental.</p> <p>Estrategias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar actividades recreativas. • Yoga. • Deporte. • Juegos de mesa. • Relaciones sociales. 	<p>Progresivamente se ha estado observando un incremento de manifestaciones físicas y psico sociales, que evidencian un significativo aumento de la morbilidad del síndrome del cuidador en aquellas personas, familiares o amigos que atienden al anciano con enfermedad de Alzheimer o demencias en cualquiera de sus formas, problema del que no está exenta el área de salud objeto del estudio. El comportamiento entre la presencia de afecciones físicas y psicológicas antes y después de iniciado el rol de cuidador, evidencia que la experiencia de cuidar a un paciente con demencia en el domicilio entraña una serie de riesgos sobre la salud física y mental de la persona que asume esta actividad, fundamentalmente si se adolece de una capacitación previa que les proporcione el entrenamiento necesario para mantener los factores protectores de su salud , o presencia de afecciones físicas o psicológicas antes, que pueden interferir el adecuado desempeño y calidad de su labor y del cuidado de su propia salud.⁽¹⁸⁾</p>

NIC 7040 Apoyo al cuidador principal.	
Dominio: 5 Familia.	Clase: X Cuidados durante la vida.
Definición: Ofrecer la Información consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.	
Actividad.	Fundamentación.
<p>Promover una red social de cuidadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupos de ayuda entre cuidadores. • Grupos de ayuda. • Estancias de día. • Residencias de día. • Centros culturales. • Club. 	<p>Existe multiplicidad de definiciones de apoyo social. Apoyo social son todos los recursos del entorno favorecedores del mantenimiento de las relaciones sociales, la adaptación, y el bienestar del individuo dentro de un contexto comunitario. Las fuentes de apoyo social más básicas y tradicionales están constituidas por la familia, los amigos, los compañeros de trabajo. Este apoyo social tiene como objetivo alcanzar un grado de satisfacción ante las necesidades sociales básicas (afecto, estima, aprobación, sentido de pertenencia, identidad, y seguridad) de la persona a través de la interacción con otros. El apoyo social es también un proceso interactivo, gracias al cual, la persona obtiene ayuda emocional, instrumental y económica de la red social en la que se encuentra inserto. Es una transacción interpersonal que incluye uno de los siguientes aspectos: a) preocupación emocional (amor, empatía), b) ayuda instrumental (bienes y servicios), c) información (acerca del contexto), o, d) valoración (información relevante para la autoevaluación). Además, el apoyo social contribuye al mantenimiento de la salud y mejora la evolución de diferentes enfermedades, prevención de psicopatologías y de enfermedades en general, a través de la hipótesis amortiguadora que describe su efecto atenuante de los estresores sociales. ⁽⁵⁹⁾</p> <p>La red social se puede definir como los vínculos sociales directos o indirectos que tienen las personas, donde se dan o solicitan cosas recíprocamente. La OMS define “red” como la agrupación de individuos, organizaciones y agencias, organizados de forma no jerárquica en torno a temas o preocupaciones comunes, que se abordan de manera activa y sistemática, sobre la base del compromiso y la confianza. ⁽⁵⁹⁾</p>

NIC 7040 Apoyo al cuidador principal.	
Dominio: 5 Familia.	Clase: X Cuidados durante la vida.
Definición: Ofrecer la Información consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.	
Actividad.	Fundamentación.
<p>Identificar fuentes de cuidados por relevo.</p>	<p>Utilizar los servicios de relevo en el cuidado no es simple, es un proceso con diversas etapas y variaciones en el tiempo. La revisión de la bibliografía indica que buscar y utilizar los servicios de apoyo es un asunto social, cultural y no algo técnico. El proceso implica tomar decisiones, seleccionar el tipo de ayuda que se necesita y evaluar su efectividad. Los valores y creencias del cuidador son primordiales a la hora de utilizar estos servicios; se ha señalado que suscita ambivalencia en muchos cuidadores y que lo que motiva a buscar estos servicios se da en un contexto interpretativo, pero una vez que utilizan estos servicios, no está claro su impacto. Mientras que unos estudios encuentran que alivian el peso del cuidado, otros afirman que no se ha comprobado que tengan este efecto. En este orden, la evidencia sobre el efecto beneficioso o adverso de estos servicios para los pacientes con demencia y sus cuidadores no es concluyente según recientes revisiones sistemáticas. Es claro que usar los servicios para el descanso y descansar son dos cosas distintas. Por otro lado, se ha encontrado que los cuidadores cuentan con la capacidad de darse un respiro a sí mismos. El respiro es una actitud mental que se puede lograr sin ayuda externa. Es importante identificar las fuentes de relevo para mitigar el cansancio del cuidador.⁽⁶⁰⁾</p>

NIC 7040 Apoyo al cuidador principal.	
Dominio: 5 Familia.	Clase: X Cuidados durante la vida.
Definición: Ofrecer la Información consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.	
Actividad.	Fundamentación.
Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.	<p>Cuando el conocimiento del cuidador es insuficiente, es necesaria una atención adicional de los profesionales a los cuidadores para enseñarles cómo prevenir posibles errores, lo que requiere, por lo tanto, que los profesionales de la salud utilicen los recursos más variados para lograr los objetivos deseados.</p> <p>La educación es predominantemente baja en esta investigación y en varios otros estudios con cuidadores. el bajo nivel de educación interfiere, directa o indirectamente, en la prestación de atención a las personas mayores, con una caída en la calidad del servicio prestado. Además, puede presentar una barrera en el proceso de educación sanitaria.⁽⁶¹⁾</p>

NIC 7040 Apoyo al cuidador principal.	
Dominio: 5 Familia.	Clase: X Cuidados durante la vida.
Definición: Ofrecer la Información consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.	
Actividad.	Fundamentación.
<p>Enseñar al cuidador estrategias para acceder y sacar el máximo provecho de los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.</p>	<p>Utilizar el equipo de recursos disponible. El relato de la cuidadora contiene información sobre sus recursos personales e interpersonales y sobre las cosas que le ayudan y las que no.⁽⁶²⁾ La participación comunitaria en los sistemas sanitarios es un concepto que se desarrolla a partir de las propuestas salubristas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Una noción íntimamente vinculada a la promoción de la salud y ala atención primaria como instrumentos estratégicos de los sistemas sanitarios. Su desarrollo ha tropezado, sin embargo, con grandes obstáculos debido a la tendencia creciente de mercantilización de los servicios de salud. Lo que explica, en buena medida, su escaso avance en los países desarrollados, pese a que hay experiencias muy interesantes, basadas sobre todo en el esfuerzo de profesionales y organizaciones sociales, algunas de ellas en España.⁽⁶³⁾</p>

NIC 7040 Apoyo al cuidador principal.	
Dominio: 5 Familia.	Clase: X Cuidados durante la vida.
Definición: Ofrecer la Información consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.	
Actividad.	Fundamentación.
<p>Actuar en lugar del cuidador si se hace evidente una sobrecarga de trabajo.</p> <p>Estrategias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo de la familia. • Apoyo de un profesional de la salud. 	<p>En el entorno del hogar, el rol de cuidador suele ser asumido por una sola persona, conocida como el "cuidador primario", que asume la responsabilidad de la atención sin contar, en la mayoría de los casos, con la ayuda de otro miembro de la familia o profesionales capacitados. La literatura indica que hay una mayor participación de las mujeres en este proceso de cuidado.</p> <p>La experiencia de asumir el cuidado de ancianos dependientes ha sido presentada por los cuidadores familiares como una tarea que causa estrés y agotamiento, debido a la implicación emocional y los cambios en la relación que anteriormente era recíproca, a una relación dependiente en la que el cuidador, para desarrollar actividades relacionadas con el bienestar físico y psicosocial de las personas mayores, imponer restricciones a su propia vida.⁽⁶⁴⁾</p>

NIC 7040 Apoyo al cuidador principal.	
Dominio: 5 Familia.	Clase: X Cuidados durante la vida.
Definición: Ofrecer la Información consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.	
Actividad.	Fundamentación.
<p>Informar al personal/centro de los servicios de urgencias sobre la estancia del paciente en casa, su estado de salud y las tecnologías utilizadas con el consentimiento del paciente o de la familia.</p>	<p>Desde hace años, los sistemas sanitarios buscan nuevas estrategias de organización y alternativas a los modos tradicionales de proporcionar servicios sanitarios. La aparición de las tecnologías de la información y las comunicaciones ha facilitado la viabilidad de modelos organizativos, como la continuidad asistencial o el acercamiento de la atención al entorno del paciente. Posteriormente, la evolución de estas nuevas tecnologías ha permitido aplicar los conceptos de globalidad e interoperabilidad a las organizaciones sanitarias, dando lugar a nuevos entornos organizativos y de trabajo en los que aquel primer concepto de telemedicina asociado, exclusivamente, a la superación de barreras geográficas ha perdido vigencia.</p> <p>Se puede considerar que la telemedicina se sirve de tres dimensiones: telecomunicaciones, ciencias de informática y servicios de salud. De esta forma es posible la recolección, procesamiento, transmisión, análisis, almacenamiento y visualización de los datos médicos más relevantes en un corto periodo de tiempo, disminuyendo el tiempo de espera del diagnóstico.⁽⁶⁵⁾</p>

NIC 7040 Apoyo al cuidador principal.	
Dominio: 5 Familia.	Clase: X Cuidados durante la vida.
Definición: Ofrecer la Información consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.	
Actividad.	Fundamentación.
<p>Comentar con el paciente los límites del cuidador.</p>	<p>El aumento de la expectativa de vida y el progresivo envejecimiento de la población española han provocado el aumento considerable de personas con enfermedades crónicas y/o discapacitantes que causan dependencia de otros para realizar las actividades de la vida diaria. Esta necesidad de ayuda de la persona dependiente por parte de otros generalmente es asumida por su entorno familiar más próximo, en particular por las mujeres. Esta ayuda que han de suministrar las cuidadoras es, en general, constante e intensa y prolongada en el tiempo, y se agudiza a medida que se agrava la situación de dependencia. En muchas ocasiones esta atención al anciano dependiente sobrepasa las capacidades físicas y psíquicas de las cuidadoras, provocando un estresante crónico, denominado carga del cuidador o sobrecarga. La carga del cuidador, como proceso de estrés, puede tener importantes consecuencias sobre la salud física y mental del cuidador y sobre su bienestar. Como conclusión es importante destacar que las cuidadoras de ancianos dependientes del presente estudio presentan elevados índices de sobrecarga y percepción del dolor provocada por propias características de los cuidados que requieren los ancianos dependientes; además existe una relación directa entre la intensidad del dolor y el grado de sobrecarga de las cuidadoras.⁽⁶⁶⁾</p>

NIC 7040 Apoyo al cuidador principal.	
Dominio: 5 Familia.	Clase: X Cuidados durante la vida.
Definición: Ofrecer la Información consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.	
Actividad.	Fundamentación.
Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente.	<p>La Técnica de Resolución de Problemas (TRP) es un recurso que permite aprender a identificar, aceptar y responder a un problema de cuidados; buscando soluciones de forma reflexiva y efectiva.</p> <p>Los problemas pueden ser fáciles de comprender o resolver, pero es el mismo estado emocional de la cuidadora lo que impide la identificación, valoración y/o resolución del problema.</p> <p>El objetivo de la técnica en este apartado es el de fomentar un análisis reflexivo del problema de cuidados, que conduzca a la utilización de estrategias de afrontamiento adecuadas para cada situación. Se trata de evitar que las cuidadoras se queden "paralizadas" ante las situaciones para las que no encuentran una respuesta eficaz.⁽⁶²⁾</p>

NIC 7040 Apoyo al cuidador principal.	
Dominio: 5 Familia.	Clase: X Cuidados durante la vida.
Definición: Ofrecer la Información consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.	
Actividad.	Fundamentación.
<p>Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo.</p> <p>Estrategias.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivación. • Reconocimiento de su labor. • Reforzar logros y metas planteadas por el cuidador y la enfermera. • Dar la voz al cuidador. 	<p>Decálogo básico para el autocuidado de los cuidadores irá encaminado a fortalecer aspectos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar conciencia que para cuidar bien los cuidadores tiene que cuidarse. • Buscar información sobre la enfermedad y los recursos disponibles. • Organizar la vida cotidiana contando con otros miembros de la familia. • Dejar un espacio diario para sí mismo: para sus relaciones, aficiones, etc. • Cuidar su propia salud: comer, dormir, adoptar posturas correctas a la hora de movilizar al familiar y emplear las ayudas técnicas necesarias para facilitar su labor como cuidador. • Saber pedir ayuda a familiares, amigos, profesionales sanitarios, recursos sociales, asociaciones de familiares, etc. • Mejorar la relación y la comunicación con el familiar cuidado. Tener paciencia, respeto, sentido del humor y fomentar su independencia sin ser demasiado exigente. • Identificar las situaciones que le causan más estrés, ser capaz de analizarlas y buscar soluciones razonables. • Afrontar las reacciones emocionales que se experimentan, aceptándolas como normales. Ser realista. Reforzar los sentimientos positivos y comentar con otra persona los negativos.⁽⁶²⁾

VIII. CONCLUSIONES.

El apoyo del cuidador principal del adulto mayor es una de las cuestiones más demandadas que actualmente se enfrenta el ser humano dentro de la sociedad teniendo un relación con el cuidador, por el aumento de demanda de este tipo de población a cuidar y sobre todo de lo que conlleva los desafíos a nivel mundial de la sobrecarga tanto física como emocional al brindar dicho cuidado a la población de adultos mayores con demencia de tipo vascular.

La relación entre los cuidadores y los adultos mayores va más allá de que hacer sobre los cuidados que se tienen que brindar a este tipo de población, pero conforme todo los cuidados propios que tiene que atender el propio cuidador sobre su persona para poder brindar cuidados a los pacientes con demencia de tipo vascular.

En la presente investigación se analizó información documental a nivel mundial, internacional, nacional y local sobre los cuidados propios del cuidador para atender sus demandas hacia el cuidado de adultos mayores con demencia de tipo vascular, se alcanzaron los objetivos específicos sobre la generación de un marco de referencia sobre el abordaje del cuidado a los cuidadores con la finalidad de analizar la información encontrada para la atención prioritaria de los cuidadores.

Brindando continuidad se identificaron las principales intervenciones basadas en la NIC para el cuidado al cuidador, para poder generar actividades de cuidado para los cuidadores principales y así poder apoyar a los cuidados propios de la personas cuidadores de adultos mayores con demencia de tipo vascular.

Se fundamentaron todas las actividades de enfermería encontradas en la NIC para el cuidado al cuidador y se generaron estrategias de cuidado para apoyar a los cuidadores en el manejo de adultos mayores.

De las estrategias encontradas o propuestas se generó como producto final un manual de apoyo al cuidador principal del adulto mayor con demencia de tipo vascular, con actividades de apoyo y estrategias de ayuda mutua para brindar cuidados asistenciales para los adultos mayores con demencia de tipo vascular y estrategias de cuidado propio para los cuidadores que atienden a este tipo de población. (Anexo 8)

La construcción de este manual de apoyo al cuidador principal del adulto mayor con demencia de tipo vascular estuvo conformada por estrategias de cuidado y actividades generadas para la atención de la población para poder facilitar el abordaje de este tipo de pacientes y sobre el cuidado propio de los cuidadores, con la facilidad de que sea una herramienta indispensable para el proceso de enseñanza aprendizaje de los cuidadores pacientes.

En la actualidad en México existe una tendencia acelerada del envejecimiento, la dependencia de los adultos mayores se ve reflejada en el núcleo familiar al hablar del cuidador permanente, sabemos que actualmente no existen derechos de los cuidadores ni políticas que ampare a este tipo de población que se encarga del cuidado de sus familiares, por lo que se debería impulsar en México las estrategias de generar amparo político a los cuidadores que día a día brindan cuidados a los adultos mayores.

El compromiso profesional como enfermero especialista en Geronto geriatría es atender e implementar acciones basadas en el cuidador principal para el cuidado al cuidador en adultos mayores con demencia vascular, es indispensable generar este tipo de manuales siendo una de las herramientas beneficiosas para el cuidado de cuidadores y adultos mayores con demencia de tipo vascular, y así poder brindar las actividades de cuidado para su mayor facilidad en el abordaje de los pacientes.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvira balada MC, kostov belchin, Miguel González susana, Farré Almacellas marta, Risco Vilarasau ester, cabrera torres esther, et al. Reacción del cuidador familiar de paciente con demencia en la atención domiciliaria frente a la institucionalizada. *Metas de Enfermería*. 2019;22(7):5–14.
2. Ruíz AAB. No. Perfil de familiar cuidador de anciano fragilizado en convivencia en la region del porto brasil. Title [Internet]. Vol. 3. 2015. 54-67 p. Available from: <http://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf>
3. Iniesta, B. Martinez M. nuevo.pdf. Etrés en Cuid primarios informales pacientes geriátricos un Estud Descr. 2018;2:1–8.
4. Margarita A, Andrade E. Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia Psychosocial characterization of informal caregivers of older adults suffering from dementia. 2008;Uno(Psicosocial de cuidadores):1–12.
5. Fhon JRS, Gonzales Janampa JT, Mas Huaman T, Marques S, Rodrigues RAP. Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. *Av en Enfermería*. 2016;34(3):251–8.
6. Santos-Orlandi AA Dos, Brigola AG, Ottaviani AC, Luchesi BM, Souza ÉN, Moura FG de, et al. Elderly caregivers of the elderly: frailty, loneliness and depressive symptoms. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 2):88–96.
7. Da Silva ILC, Lima GS, Storti LB, Aniceto P, Formighieri PF, Marques S. Neuropsychiatric symptoms of elderly individuals with dementia: Repercussions for family caregivers. *Texto e Context Enferm*. 2018;27(3):1–11.
8. Yonte F, Urién Z, Martin M, Montero R. Sobrecarga del cuidador principal

- de Enfermos de Alzheimer. Rev enfermería CuL [Internet]. 2010;2(1):59–69. Available from: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/40%0Ahttp://digibuo.uniovi.es/dspace/handle/10651/37684>
9. CENAPRECE. Salud Bienestar y Envejecimiento SABE [Internet]. Secretaría de Salud. 2012. 97 p. Available from: [www.salud.gob.mx•www.cenavece.salud.gob.mx%22Esteprogramaespublico,ajenoacualquierpartidopolitico.Quedaprohibidoelusoparafinesdistintosalosestablecidosenelprograma%22](http://www.salud.gob.mx/www.cenavece.salud.gob.mx%22Esteprogramaespublico,ajenoacualquierpartidopolitico.Quedaprohibidoelusoparafinesdistintosalosestablecidosenelprograma%22).
 10. Do D, Familiar C, Idoso COM, Demandas D, Cuidador DEL, Del F, et al. The demands of family caregivers of elderly individuals with dementia. 2010;44(4):873–80.
 11. Pizzol FLFD, Vieira LF, Bierhals CCBK, Azzolin K de O, Paskulin LMG, Low G, et al. Relationship between elderly stroke patient caregivers scale and nursing diagnoses. Rev Bras Enferm. 2019;72(Suppl 2):251–8.
 12. Secretaría de Salud. Encuesta salud bienestar y envejecimiento SABE - Estado de México. 2012. 52–55 p.
 13. Muñoz MJ, Espinosa D. Deterioro cognitivo y demencia de origen vascular Cognitive impairment and vascular dementia Revisión Palabras clave Demencia vascular, deterioro cognitivo vascular, enfermedad vascular cerebral. Deterioro Cogn Vasc Noviembre-Diciembre [Internet]. 2016;17(6):85–96. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2016/rmn166h.pdf>
 14. Mendes PN, Do Livramento Fortes Figueiredo M, Dos Santos AMR, Fernandes MA, Fonseca RSB. Physical, emotional and social burden of elderly patients' informal caregivers. ACTA Paul Enferm. 2019;32(1):87–94.

15. Pérez-Cruz M, Muñoz-Martínez MÁ, Parra-Anguita L, del-Pino-Casado R. Coping and subjective burden in primary caregivers of dependent elderly relatives in Andalusia, Spain. *Aten Primaria*. 2017;49(7):381–8.
16. Soraia G, Valente C, Da Costa Lindolpho M, Dias T, Santos D, Chibante CL, et al. 4103 Sistematização Da Assistência De Enfermagem Ao Idoso Com Doença De Alzheimer E Transtornos Depressivos Systematization of Nursing Care To the Elderly With Alzheimer’S Disease and Depressive Disorders Sistematización De Atención De Enfermería Al Anicia. *Rev enferm UFPE line*. 2013;5:4103–11.
17. Salazar Gómez T. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. Enfermería Univ*. 2018;7(1):49–54.
18. I ALB, Morales A, li L, Cabrera M, lii A. Factores previsibles en la salud física y psicosocial del cuidador crucial del anciano con demencia en el hogar Predictable factors in physical and psychosocial health of crucial carer of elderly presenting with dementia at home *Introducción*. 2010;26(2):3–13.
19. Agüero MA, Estrada AF. Capacitación a personas cuidadoras de pacientes con demencia *Training for care givers of patients with dementia*. 2009;13(2).
20. Elizabeth Flores G, Edith Rivas R, Fredy Seguel P. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Cienc y Enferm*. 2012;18(1):29–41.
21. Poulin C, Gouliquer L, McCutcheon J. Violating Gender Norms in the Canadian Military: the Experiences of Gay and Lesbian Soldiers. *Sex Res Soc Policy*. 2018;15(1):60–73.
22. Ferraz Dos Anjos K, Silva de Oliveira Boery RN, Cruz Santos V, Nagib Boery E, Karenny Da Silva J, De Oliveira Santa Rosa D. Factors

associated with the quality of life of family caregivers of elderly people. *Cienc y Enferm*. 2018;24.

23. Fluminense UF, Afonso A, Program PN. Cognitive stimulation for older people with Alzheimer ' s disease performed by the caregiver. 2015;68(3):450–6.
24. Moreno Cervantes C, Mimenza Alvarado A, Aguilar Navarro S, Alvarado Ávila P, Gutiérrez Gutiérrez L, Juárez Arellano S, et al. Factors associated with mixed dementia vs Alzheimer disease in elderly Mexican adults. *Neurol (English Ed [Internet]*. 2017;32(5):309–15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrleng.2015.12.003>
25. Verdú L. Demencias. Vol. 13, *Geriatrka*. 1997. 51–52 p.
26. Leite BS, Camacho ACLF, Joaquim FL, Gurgel JL, Lima TR, Queiroz RS de. Vulnerability of caregivers of the elderly with dementia: a cross-sectional descriptive study. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(4):682–8.
27. Mayor MS. Satisfaction in dementia and stroke caregivers: a comparative study. 2009;17(5).
28. Guillermo, Antonio, Lazcano B, Rosalía, Rodríguez G, Humberto, Medina C, Miguel, Ángel, Hernández M. *Práctica de la Geriatría*. TERCERA ED. Guillermo, Antonio, Lazcano B, Rosalía, Rodríguez G, Humberto, Medina C, Miguel, Ángel, Hernández M, editors. MÉXICO, BOGOTÁ, BUENOS AIRES, CARACAS, GUATEMALA, MADRID, NUEVA YORK: MÉXICO; 2011. 1–917 p.
29. Schossler T, Crossetti M da G. Cuidador domiciliar do idoso e o cuidado de si: uma análise através da teoria do cuidado humano de Jean Watson. *Texto Context - Enferm*. 2008;17(2):280–7.
30. Para P, Idosos CDE, Demência COM, Relato UM, Lindolpho DC, Sá C, et al. Programa para cuidadores de demencia : un relato de experiencia

- ancianos. 2009;1-9.
31. Zarate Grajales RA. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index de Enfermería. 2004;13(44-45):109-11.
 32. Breinbauer K H, Vásquez V H, Mayanz S S, Guerra C, Millán K T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Rev Med Chil. 2009;137(5):657-65.
 33. Couto AM do, Caldas CP, Castro EAB de. Family caregiver of older adults and Cultural Care in Nursing care. Rev Bras Enferm. 2018;71(3):959-66.
 34. Avila de Castellanos MA, Aguirre Sanchez M, Burgos Jara V, Encinas LE. Proceso de atención de enfermería. Rev Col Nac Enferm. 1978;25(102):15-24.
 35. Sousa L, Sequeira C, Ferré-Grau C, Martins D, Neves P, Fortuño ML. Necesidades Dos Cuidadores Familiares De Pessoas Com Demência a Residir No Domicílio: Revisão Integrativa. Rev Port Enferm Saúde Ment. 2017;5(spe5):45-50.
 36. Sequeira C, Bocas R. Consulta de enfermería dirigida a cuidadores informales: instrumentos de diagnóstico e intervención. 2013;24(3):115-9.
 37. Cuidador PDEL. Family functionality regarding the elderly with cognitive impairments: 2012;
 38. Margarita A, Andrade E. " Escuela de Cuidadores " como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia School of caregivers - a psychoeducational program for informal caregivers of demented older people. 2009;35(2):1-14.
 39. Inouye K, Pedrazzani ES, Cristina S, Pavarini I. Cuidador familiar:

evaluación y correlación percepção de qualidade de vida do idoso com demência e seu cuidador familiar : avaliação e correlação perceived quality of life of elderly patients with dementia and family caregivers : evaluation and correlati. 2009;17(2).

40. Vásquez MD. Sentido de coherencia , afrontamiento y sobrecarga en cuidadores familiares de ancianos con enfermedad crónica. 2007;25(1):64–71.
41. Familiares EA, El S, Del M. Educación a familiares sobre el manejo del adulto ma- yor dependiente. 2002;18(1):43–9.
42. Velásquez V, López L, López H, Cataño N, Muñoz E. The effect of an educational program for elderly people’s caregivers: A cultural perspective. Rev Salud Publica. 2011;13(4):610–9.
43. Vieira CP de B, Fialho AV de M, Freitas CHA de, Jorge MSB. Practices of elderly’s informal caregiver at home. Rev Bras Enferm [Internet]. 2011;64(3):570–9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300023&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
44. Julve Negro M. Dependencia y cuidado: implicaciones y repercusiones en la mujer cuidadora. Acciones e Investig Soc. 2006;(1):260.
45. Velásquez V, López L, López H, Cataño N, Muñoz E. Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: Una perspectiva cultural. Rev Salud Publica. 2011;13(3):458–69.
46. Oliveira AMS de, Pedreira LC. Being elderly with functional dependence and their family caregivers. Acta Paul Enferm. 2012;25(spe1):143–9.
47. Losada Baltar A, Márquez González M, Vara-García C, Gallego Alberto L, Romero Moreno R, Olazarán Rodríguez J. Impacto psicológico de las demencias en las familias: propuesta de un modelo integrador. Clínica

- Contemp. 2017;8(1):E4, 1–27.
48. Idosos CE, Demência com. a formação da mensagem na comunicação entre. 2008;17(2):288–96.
 49. Percepção PE, Enfermeiras DAS, Relação COM, Estratégia ÀTC, Do DEC, Costa U De, et al. Conocimiento , práctica y percepción de enfermeras respecto a tele-enfermería como estrategia de continuidad del cuidado knowledge , practice and perception of nurses regarding tele-nursing as a strategy for the continuity of caring. 2016;5:25–33.
 50. Zambrano-Domínguez EM, Guerra-Martín MD. Formación del cuidador informal: Relación con el tiempo de cuidado a personas dependientes mayores de 65 años. Aquichan. 2012;12(3):241–51.
 51. das Graças Melo Fernandes M, Garcia TR. Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. Rev da Esc Enferm. 2009;43(4):816–22.
 52. Ana Margarita Espín Andrade Dr. C. Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Rev Cuba Salud Publica. 2012;38(3):393–402.
 53. Lazarus RS. No Title.
 54. Pena SB, Diogo MJD elbou. Nursing team expectations and caregivers'activities in elderly-patient hospital care. Rev da Esc Enferm. 2009;43(2):351–7.
 55. Plan de cuidados estandarizado para el cuidador informal del paciente geriátrico crónico dependiente. 2019;
 56. Entrenamiento en manejo del estrés en cuidadores de familiares mayores dependientes desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa. 2016.

57. Eugenia P, Tavares O. Estrategias de afrontamiento y resiliencia en cuidadores primarios con duelo. 2016;26:177–84.
58. David P, Castillo S. Rincón científico Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. 2008;19(1):9–15.
59. Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y aL. 2011;17(1):60–7.
60. El cuidado familiar : una revisión crítica. 2009.
61. dos Santos AA, Pavarini SCI. Perfil dos cuidadores de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. Rev Gaucha Enferm. 2010;31(1):115–22.
62. Ferré-Grau C, Rodero Sanchez V, Cid Buera D, Vives Relats C, Aparicio Casals M. Guia de Cuidados de Enfermeria: Cuidar al Cuidador en Atención Primaria. 2011.
63. Martín-García M, Ponte-Mittelbrun C, Sánchez-Bayle M. Social participation and community orientation in health services. Gac Sanit [Internet]. 2006;20(SUPPL. 1):192–202. Available from: <http://dx.doi.org/10.1157/13086043>
64. Stackfleth R, Diniz MA, Fhon JRS, Vendruscolo TRP, Fabrício-Whebe SCC, Marques S, et al. Burden of work in caregivers of frail elders living at home. ACTA Paul Enferm. 2012;25(5):768–74.
65. Rabanales Sotos J, Párraga Martínez I, López-Torres Hidalgo J, Andrés Pretel F, Navarro Bravo B. Tecnologías de la Información y las Telecomunicaciones: Telemedicina. Rev Clínica Med Fam. 2011;4(1):42–8.
66. Villerejo L, Zamora M, Casado G. Sobrecarga y dolor percibido en cuidadoras de ancianos dependientes. Glob. 2012;(1695–6141):159–65.

X. ANEXOS.

Anexo 2. Recursos materiales.

CANTIDAD	CONCEPTO	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Material de oficina 3	Cartuchos de tinta negra	100	100
1/2 paquetes	Hojas blancas	30	30
2	Lápiz	1.5	3
1	Engargolado	35	35
1	Goma	2	2
1	Corrector	6	6
Equipos			
2	USB	100	200
2	CD	15	30
Servicios			
1000	Copias	.30	300
100	Impresiones a color	10	1000
3	Encuadrados	500	1500
Total			\$3206

Anexo 3. Tratamiento farmacológico de la demencia.

MEDICAMENTO.	INDICACIONES.	EFECTOS SECUNDARIOS.	CUIDADOS DE ENFERMERÍA.
<p>Donepezilo.</p>	<p>Mejora de modo transitorio y sólo parcialmente, tanto las funciones cognitivas, como del funcionamiento global, sin embargo, su efecto favorable disminuye en gran medida en el primer año. Su dosis es de 5 a 10 mg.</p>	<p>Puede producir náusea en la quinta parte de los sujetos tratados. Como también puede producir: anorexia, vómito o diarrea o alteraciones autonómicas, bradicardia y síncope (estos últimos son infrecuentes). también produce insomnio con frecuencia, puede favorecer depresión y ansiedad en algunas personas.</p>	<p>Enseñar al paciente a reconocer las características distintivas de los medicamentos, según corresponda. Informar al paciente tanto del nombre genérico como del comercial de cada medicamento. Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento. Explicar cómo los profesionales sanitarios eligen la medicación más adecuada. Instruir al paciente acerca de la posología, vía y duración de los efectos de cada medicamento. Instruir al paciente acerca de la administración/aplicación adecuada de cada medicamento. Revisar el conocimiento que el paciente tiene de cada medicación. Reconocer el conocimiento del paciente sobre las medicaciones. Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo. Enseñar al paciente a realizar los procedimientos necesarios antes de tomar la medicación (comprobar el pulso y el nivel de glucosa), si es el caso.</p>
<p>Rivastigmina.</p>	<p>La rivastigmina se usa para tratar la demencia (un trastorno cerebral que afecta la</p>	<p>Este medicamento produce anorexia, náusea, vómito o diarrea, en cerca de la mitad de los pacientes que lo</p>	<p>Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis. Instruir al paciente sobre los criterios que han de utilizarse</p>

	<p>capacidad para recordar, pensar con claridad, comunicarse y realizar las actividades diarias y puede provocar cambios en el estado de ánimo y en la personalidad) en personas con la enfermedad de Alzheimer (un trastorno cerebral que lentamente destruye la memoria, la capacidad para pensar, aprender, comunicarse y realizar las actividades diarias). se emplea a dosis de 3 a 6 mg dos veces al día. Se inicia con 1.5 mg dos veces al día y cada mes se aumentan 1.5 mg sin pasar de 6 mg al día, buscando la dosis en la que se encuentra el máximo beneficio.</p>	<p>reciben. También se han descrito insomnio y alteraciones autonómicas, bradicardia y síncope (estos últimos son infrecuentes). La rivastigmina también ha demostrado ser útil en el tratamiento de la demencia con cuerpos de Lewy, ya que mejora los trastornos conductuales.</p>	<p>al decidir alterar la dosis/horario de la medicación, según corresponda. Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación. Instruir al paciente acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento. Enseñar al paciente a aliviar y/o prevenir ciertos efectos secundarios, si es el caso. Instruir al paciente sobre las acciones correctas que debe tomar si se producen efectos secundarios. Instruir al paciente sobre los signos y síntomas de sobredosificación e infra dosificación. Enseñar al paciente a almacenar correctamente los medicamentos. Proporcionar información escrita al paciente acerca de la acción, propósito, efectos secundarios, etc., de los medicamentos. Ayudar al paciente o al cuidador a desarrollar un horario de medicación escrito. Recomendar al paciente llevar la documentación del régimen de medicación prescrita.</p>
Galantamina.	<p>Puede retrasar un poco la aparición de síntomas neuropsiquiátricos. Posee doble efecto farmacológico, por un lado, hace una inhibición competitiva de la acetilcolinesterasa y por otro es un modulador de los receptores</p>	<p>Comparte efectos secundarios gastrointestinales, de otros inhibidores de la colinesterasa. En un metaanálisis que incluyó 16 artículos que estudiaban la eficacia en la función cognoscitiva y la seguridad del empleo de</p>	<p>Instruir al paciente sobre cómo seguir las prescripciones, según corresponda. Informar al paciente sobre los posibles cambios de aspecto y/o posología al cumplimentar la receta de un fármaco genérico. Advertir al paciente de los riesgos asociados a la administración de medicamentos caducados.</p>

	<p>nicotínicos, los cuales controlan la liberación de glutamato, serotonina y epinefrina (se sabe que el bloqueo de los receptores nicotínicos deteriora la cognición). El aumento de glutamato coopera al incremento de la actividad colinérgica. La dosis varía de 4 a 16 mg dos veces al día (y según los estudios europeos la dosis más eficaz es de 24 mg al día).</p>	<p>donepezilo, rivastigmina y Galantamina se encontró que los que mejoraban con estos medicamentos eran 9% más de los que mejoraban con placebo. Es decir que la mejoría que ofrecen es pequeña. Se recomiendan sólo en casos seleccionados.</p>	<p>Advertir al paciente contra la administración de medicamentos prescritos a otras personas. Determinar la capacidad del paciente para obtener los medicamentos requeridos.</p>
<p>Memantina.</p>	<p>Es un antagonista no competitivo de receptores N-metil-D-aspartato (NMDA). Contrarresta la sobreproducción cerebral de glutamato, el cual es un neurotransmisor excitatorio, cuya liberación moderada estimula a las neuronas vecinas, pero que en exceso las daña, por ser extremadamente tóxico. Se emplea a la dosis inicial de 5 mg al día y cada semana se aumentan otros 5 mg hasta llegar a 20 mg al día que se considera la dosis adecuada. Se utiliza en etapas intermedia y avanzada de la enfermedad.</p>	<p>Existen varios estudios que demuestran su eficacia en este nivel de deterioro. Es de los pocos fármacos que por el momento ofrecen esperanza en su capacidad de modificar el curso de la enfermedad. Sin embargo, se le atribuyen más efectos favorables de los que realmente se observan. ⁽²⁸⁾</p>	<p>Proporcionar información sobre el reembolso de los medicamentos, según corresponda. Proporcionar información sobre programas/organizaciones de ahorro de costes para obtener medicamentos y dispositivos, si es el caso. Proporcionar información sobre los dispositivos de alerta de medicamentos y sobre la forma de obtenerlos. Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda. Incluir a la familia/allegados, según corresponda.</p>

Anexo 4. Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)		
Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender otras responsabilidades?	
4	¿Se siente enfadado cuando esta con su familiar?	
5	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agotado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar a su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado)

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4
Siempre	5

INTERPRETACIÓN	
22 a 46 puntos	NO SOBRECARGA
47 a 55 puntos	SOBRECARGA LEVE
56 a 110 puntos	SOBRECARGA INTENSA

Anexo 5. Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA).

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT / MoCA-BLIND <small>(Evaluación Cognitiva Montreal)/MoCA- Discapacidad visual</small>							Nombre:
Versión Mexicana 7.3							Nivel de estudios:
							Sexo:
							Fecha de nacimiento:
							Fecha:
MEMORIA		TREN	HUEVO	SOMBRENO	SILLA	AZUL	PUNTOS
Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.							SIN PUNTOS
1er. Ensayo							
2do. Ensayo							
ATENCIÓN							
Lea la serie de números (1 número/wig.) El paciente debe repetirla en el mismo orden						[] 5 4 1 8 7	_/2
El paciente debe repetirla de forma inversa						[] 1 7 4	
Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.							_/1
[] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B							
Reste de 7 en 7 iniciando en el 80							_/3
[] 73 [] 66 [] 59 [] 52 [] 45							
4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos							
LENGUAJE							
Repetir: Ella escucho que su abogado fue a demandar después del accidente []							_/2
Las niñas que recibieron demasiados dulces tuvieron dolores de estómago []							
FLUIDEZ / Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "M" en 1 min.						[] _____ (N ≥ 11 palabras)	_/1
ABSTRACCIÓN	[] ojo – oído						_/2
Similitud entre p. ej. plátano – naranja = fruta						[] trompeta -piano	
RECUERDO DEMORADO	Debe acordarse de las palabras	TREN	HUEVO	SOMBRENO	SILLA	AZUL	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente _/5
	SIN PISTAS	[]	[]	[]	[]	[]	
Opcional	Pista de categoría						
	Pista elección múltiple						
ORIENTACIÓN	[] día del mes (pista)	[] Mes	[] Año	[] día de la semana	[] Lugar	[] Ciudad	_/6
Adaptación: L. Ledezma PhD., P. García Psic., J. Salvador PhD.						Normal ≥ 18 / 22	TOTAL Añade 1 punto a total si tiene ≥ 12 años de estudios
© Z. Nasreddine MD Administrado por: _____						www.mocatest.org		22

Anexo 6. Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo.

Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo

Datos de filiación:

Nombre: Edad: años Profesión:

Nivel de escolarización:

Fecha:/...../.....

	Puntos máximos	Puntos
Orientación		
Estamos ¿en qué año ... estación ... mes ... día del mes ... día de la semana ... ?	5	
Estamos ¿en qué país ... provincia ... ciudad (o pueblo) ... lugar (hospital, centro de salud, casa) ... planta (piso, habitación) ... ?	5	
Fijación		
Repita estas tres palabras: PELOTA - CABALLO - MANZANA (Repetirlas hasta que las aprenda)	3	
Concentración y cálculo		
Si tiene 30 euros y me los va dando de 3 en 3, ¿cuántos le van quedando?	5	
Repita estos números: 5 - 9 - 2 (repítalos hasta que los aprenda) Ahora repítalos hacia atrás	3	
Memoria		
Repita las tres palabras que le dije antes	3	
Lenguaje y construcción		
Mostrar un bolígrafo ¿qué es esto?, repetir con un reloj	2	
Repetir esta frase: "EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS"	1	
Si una manzana y una pera son frutas ¿Qué son el rojo y el negro? ¿y un perro y un gato?	2	
Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa *	3	
Lea esto y haga lo que dice: "CIERRE LOS OJOS" *	1	
Escriba una frase *	1	
Copie este dibujo *	1	
Puntuación total:		

Valoración:

Nivel de conciencia

El paciente está: Alerta Obnubilado Estuporoso Comatoso

Patología que influye en el test

El paciente padece: Ceguera Sordera Depresión Psicosis Limitación funcional de las manos

* El material necesario para cumplimentar estos ítems se encuentra en el "documento auxiliar"

Anexo 7. Mini Mental State Examination (MMSE).

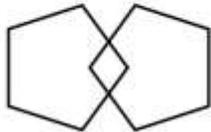
MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Name: _____

DOB: _____

Hospital Number: _____

One point for each answer

	DATE:		
ORIENTATION			
Year Season Month Date Time	...../ 5	...../ 5	...../ 5
Country Town District Hospital Ward/Floor	...../ 5	...../ 5	...../ 5
REGISTRATION			
Examiner names three objects (e.g. apple, table, penny) and asks the patient to repeat (1 point for each correct. THEN the patient learns the 3 names repeating until correct).	...../ 3	...../ 3	...../ 3
ATTENTION AND CALCULATION			
Subtract 7 from 100, then repeat from result. Continue five times: 100, 93, 86, 79, 65. (Alternative: spell "WORLD" backwards: DLROW).	...../ 5	...../ 5	...../ 5
RECALL			
Ask for the names of the three objects learned earlier.	...../ 3	...../ 3	...../ 3
LANGUAGE			
Name two objects (e.g. pen, watch).	...../ 2	...../ 2	...../ 2
Repeat "No ifs, ands, or buts".	...../ 1	...../ 1	...../ 1
Give a three-stage command. Score 1 for each stage. (e.g. "Place index finger of right hand on your nose and then on your left ear").	...../ 3	...../ 3	...../ 3
Ask the patient to read and obey a written command on a piece of paper. The written instruction is: "Close your eyes".	...../ 1	...../ 1	...../ 1
Ask the patient to write a sentence. Score 1 if it is sensible and has a subject and a verb.	...../ 1	...../ 1	...../ 1
COPYING: Ask the patient to copy a pair of intersecting pentagons			
	...../ 1	...../ 1	...../ 1
TOTAL:	...../ 30	...../ 30	...../ 30

MMSE scoring

24-30: no cognitive impairment

18-23: mild cognitive impairment

0-17: severe cognitive impairment



Anexo 8. Manual de apoyo al cuidador principal del adulto mayor con demencia de tipo vascular.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



Manual de apoyo al cuidador principal del adulto mayor con demencia de tipo vascular

**Recuerda cuidarte.
¿A veces estás tan ocupado con los demás? que olvidas que tú también eres importante.**



Elaborado por : L.E. Pedro González Silva
Especialidad en Enfermería Clínica Avanzada con Énfasis en Cuidado Gerontogeriatrico
Asesorado por: Dra. Erika Adriana Torres Hernández
San Luis Potosí, SLP