



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA

FACULTAD DE ENFERMERÍA "LIDIA DOCE"

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE
ALZHEIMER**

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Enfermería

MSc. Mabel Garzón Patterson

La Habana

2019



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA

FACULTAD DE ENFERMERÍA "LIDIA DOCE"

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE
ALZHEIMER**

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Enfermería

Autora: MSc. Mabel Garzón Patterson

Tutor: Dr. C. Ricardo Izquierdo Medina

La Habana

2019

AGRADECIMIENTO

A mi tutor Dr. C. Ricardo Izquierdo Medina, por haber aceptado la tutoría de la investigación, por su experiencia, ayuda incondicional y por guiarme por el amplio y difícil sendero de la ciencia.

A los profesores del programa doctoral curricular, a los que les debo la rigurosa formación y por el conocimiento puesto en beneficio del desarrollo de la Enfermería cubana.

A la Dr. C. Dalila Aguirre Raya, Dr. C. Juana Isabel Lamanier Ramos por los consejos acertados en el momento oportuno.

A mis compañeros del programa doctoral curricular por el apoyo brindado durante todos estos años.

A las MSc. Yadira Pascual Cuesta, MSc. Esther de la Concepción Collazo Lemus por estar presentes en todo momento, por su motivación e incondicionalidad.

Al Consejo Científico del Policlínico Docente “Julio Antonio Mella” por permitir realizar la investigación.

A mis compañeras del Departamento Docente por apoyarme en los momentos difíciles.

A los profesionales de enfermería que formaron parte del equipo de investigación.

A los cuidadores principales que me brindaron su confianza para la realización de la investigación.

A los ausentes... que en su momento aportaron su sabiduría.

A todas las personas que de una forma u otra, han contribuido para la culminación de esta investigación, mis más sinceros agradecimientos.

DEDICATORIA

A mi hijo Eddie Martínez Garzón, por permitirme sacrificar el tiempo que podría dedicarle a él, por su cariño, la alegría que me regala día a día y por ser la principal motivación de mi vida, por quien lucho día a día para ser mejor.

A mi esposo, Eduardo Martínez Hernández, por estar siempre a mi lado, por darme el aliento necesario en los momentos difíciles y por comprender las interminables horas de trabajo.

A mis padres, por ser mi guía y por su ayuda para lograr el éxito profesional.

A mis abuelos, por educarme desde la niñez.

A mi familia de sangre y biográfica, por su comprensión y ayuda ilimitada.

A mis vecinos, por su ayuda desinteresada sin límites de tiempo.

Tabla de Contenido

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPÍTULO 1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y LOS SÍNTOMAS AFECTIVOS MANIFESTADOS EN ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS CUIDADORES PRINCIPALES | 12 |
| 1.1. Generalidades de la Enfermedad de Alzheimer | 12 |
| 1.2. El cuidado en la enfermedad de Alzheimer | 15 |
| 1.2.1. La ansiedad y depresión en los cuidadores principales | 23 |
| 1.3. El cuidado a los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer | 27 |
| CAPITULO 2. CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO ACTUAL DE LOS CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER LEVE Y MODERADA | 36 |
| 2.1. Determinación y operacionalización de la variable de estudio..... | 36 |
| 2.2. Aspectos éticos..... | 38 |
| 2.3. Resultados de los instrumentos aplicados..... | 38 |
| 2.3.1. Identificación de los conocimientos teóricos del personal de Enfermería | 38 |
| 2.3.2. Cuestionario sociodemográfico y clínico al cuidador principal | 42 |
| 2.3.3. Encuesta diagnóstica de conocimientos de los cuidadores principales en relación con la enfermedad de Alzheimer..... | 50 |
| 2.3.4. Inventario de Ansiedad de Beck | 55 |
| 2.3.5. Inventario de Depresión de Beck..... | 56 |
| 2.4. Triangulación metodológica de los resultados de la caracterización de los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada | 58 |
| CAPÍTULO 3. INTERVENCIÓN PERSONALIZADA DE ENFERMERÍA PARA LA MODIFICACIÓN DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER LEVE Y MODERADA | 62 |
| 3.1. Intervención de Enfermería en los cuidadores principales..... | 62 |
| 3.1.1. Fundamentos teóricos de la Intervención Personalizada de Enfermería para la modificación de la ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada | 65 |
| 3.2. Taxonomía NANDA, NIC y NOC..... | 72 |

| | |
|--|------------|
| 3.2.1. Clasificación de Diagnósticos de Enfermería de la NANDA..... | 73 |
| 3.2.2. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) | 74 |
| 3.2.3 Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) | 77 |
| 3.3. Propuesta de la Intervención Personalizada de Enfermería para la modificación de la ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada..... | 78 |
| 3.4. Valoración de la Intervención Personalizada de Enfermería para la modificación de la ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada..... | 85 |
| 3.4.1. Análisis de la consulta a expertos..... | 86 |
| 3.4.2. Interpretación de los resultados de la consulta a expertos según el método Delphi..... | 89 |
| 3.5. Valoración de los resultados de la implementación de la Intervención Personalizada de Enfermería para la modificación de la ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada | 90 |
| CONCLUSIONES..... | 97 |
| RECOMENDACIONES..... | 99 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 100 |
| BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA..... | 114 |
| ANEXOS..... | 120 |

SÍNTESIS

La enfermedad de Alzheimer es una afección progresiva que destruye las células del cerebro, esta se convierte en un problema de salud pública por el impacto social y económico que representa para sus cuidadores principales que se enfrentan no solo a la depresión, sino a sentimientos de miedo y ansiedad por la condición de su ser querido enfermo y por enfrentarse a lo inesperado. En el área de salud del Policlínico Docente Julio Antonio Mella del municipio Guanabacoa, provincia La Habana en el período comprendido de 2014-2017 se realizó un estudio de intervención y desarrollo con un diseño pre-experimental en un solo grupo, que tuvo como objetivo diseñar una Intervención Personalizada de Enfermería para la modificación de los síntomas afectivos manifestado en ansiedad y depresión en los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada. Los resultados obtenidos en la aplicación de las indagaciones teóricas, empíricas y estadísticos matemáticos en la caracterización del estado actual de estos cuidadores principales posibilitaron la determinación de sus problemas y potencialidades, lo que permitió la estructuración e implementación de la Intervención Personalizada de Enfermería con un diseño que incluye varias secciones de trabajo. La valoración de los resultados de la consulta a expertos, los instrumentos en la aplicación de la Intervención propuesta y el pre-experimento posibilitaron valorar su viabilidad.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento global de la población humana es uno de los principales problemas socio-económicos que enfrentan en la actualidad muchos países desarrollados y en vías de desarrollo; ¹ es un proceso biológico, intrínseco de la transición demográfica, es el tránsito de regímenes de alta mortalidad y natalidad a otros de niveles bajos y controlados, pero además es universal e irreversible y determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. ²

El estudio de la obra de los autores (Libre JJ, Sotolongo O y cols, Oficina Nacional de Estadística e Información) dedicados al tema del envejecimiento arrojó que se estima un crecimiento de la población a nivel mundial de 2.7 billones, es decir, en el 2050 será de 6.5 billones; y esto se acompaña de un dramático incremento en el número y la proporción de adultos mayores. El número de personas de 60 años y más en el mundo, se triplicará, desde 606 millones en el 2000 a 1.9 billones para el 2050. ³ El envejecimiento de la población varía entre las regiones geográficas en concordancia con su desarrollo, por ejemplo: Asia tiene el 7.6 %, Europa 16.8 %, África 5.9% y América del Norte 9.1 %. ⁴ Cuba es el segundo país más envejecido de América Latina, con un 19.8 % de población de adultos mayores ⁵ y se espera un incremento del 25.0 % en el 2020, se estima que uno de cada cuatro cubanos tendrá 60 años o más y que medio millón personas sobrepasaran los 80 años. ⁶

La Oficina Nacional de Estadística e Información plantea que Cuba se ubica en el Grupo III de Envejecimiento, debido a que ha transitado desde un 11.3 % de personas de 60 años y más en 1985 hasta un 20.1 % en el 2017, por lo que en el término de 32 años el envejecimiento se ha incrementado en 8,8 %. ⁷ Esto trae consigo en el cuadro de salud un aumento de enfermedades no transmisibles, entre ellas se destaca el Síndrome Demencial.

La literatura consultada plantea que las personas que sufren de Síndrome Demencial presentan una declinación progresiva de la memoria, de las funciones ejecutivas, lenguaje y de otras áreas de la cognición, asociada a síntomas conductuales, que repercuten en el normal desenvolvimiento del individuo en su medio familiar y social. ⁸ Se estima que 46.8 millones de personas sufren de demencia a nivel mundial, con 7.6 millones de nuevos casos anualmente. El número de personas con demencia se duplicará cada 20 años para alcanzar los 74.7 millones en el 2030 y 131.5 millones en el 2050, incremento que será más marcado en las regiones en vías de desarrollo que en las regiones desarrolladas. La incidencia de la demencia a nivel mundial es 9.9 millones de casos, es decir cada 3.2 segundos se diagnostica un nuevo caso. ⁹

Investigaciones realizadas en Cuba por el Centro de Estudios Alzheimer durante el 2003-2005 y 2007-2010 en municipios de La Habana y Matanzas mostró una prevalencia de Síndrome Demencial según criterios de la Sociedad Americana de Psiquiatría para Síndrome Demencial (DSM IV) de 6.4 % y de 10.2 % según los criterios del grupo 10/66 en la población de 65 años y más. ⁶

Existen diferentes tipos de demencias, tales como la demencia vascular, multiinfarto, estado lacunar, demencia asociada a cuerpo de Lewis, frontotemporal, y la enfermedad de Alzheimer una de la más común e invalidante, la cual representa entre el 50-70 %, se caracteriza por ser una afección progresiva que destruye las células del cerebro, ¹⁰ su evolución es por estadios y en la medida en que transitan de un estadio a otro se incrementan los síntomas psicológicos y conductuales; por lo que aumenta la demanda de cuidados especiales, función importante desempeñada por los cuidadores. ¹¹

La enfermedad de Alzheimer se convierte en un problema de salud pública de gran interés, pues tiene un gran impacto social y económico, tanto para los pacientes, los sistemas de salud y las familias, que sufren la pérdida gradual de la capacidad funcional e intelectual en la persona cuidada,

esto genera que requieran cuidados permanentes, ¹² de cuidadores que están sometidos a emociones y sentimientos encontrados, algunos positivos como los sentimientos de satisfacción por contribuir al bienestar del ser querido. Pero de manera simultánea pueden darse los negativos: sensación de impotencia, culpabilidad, soledad, preocupación, tristeza o cansancio. ¹³

Por estos antecedentes quienes cuidan a sus familiares suelen tener problemas de salud por presión psicológica, ¹³ familiar y socioeconómicas. Además, el paso del tiempo no contribuye a la reducción de estos problemas. ^{14, 15} Este grupo de cuidadores, comparado con la población general presenta elevados índices de ira, sintomatología ansiosa y depresiva, menores niveles de bienestar subjetivo y autoeficacia, así como una mayor probabilidad de sufrir alteraciones en su sistema cardiovascular e inmune; todo ello, como consecuencia del impacto del estrés al que se somete diariamente. ¹⁶

Con el fin de prevenir y reducir estas consecuencias negativas, se desarrollan en la Atención Primaria de Salud diferentes programas de intervenciones estructurados con el objetivo de incrementar el conocimiento acerca de la enfermedad, las habilidades del cuidado, la búsqueda de apoyo y el autocuidado del cuidador. Estos programas resultan beneficiosos y recomendables a la hora de reducir y prevenir el malestar psicológico del cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer. ¹⁷

En Cuba, se evidencia que aún son escasas las estrategias para implementar intervenciones en cuidadores principales de pacientes con esta enfermedad, sin embargo estas son imprescindibles por la necesidad de llevar a cabo acciones eficaces para ayudar a enfrentar su labor; lo que contribuye a mejorar su bienestar del enfermo y la familia, donde de manera general permanecen hasta sus últimos días y evitar la hospitalización con el desarraigo y todas las consecuencias negativas que esta puede provocar. ¹⁸

En estudio exploratorio realizado por la autora en el área que atiende el Policlínico Julio Antonio Mella se pudo constatar que el 19.4 % de la población es adulta mayor, de los cuales el 1.06 % padece de enfermedad de Alzheimer, a partir de lo antes señalado la investigadora identifica la siguiente **situación problemática**:

- ✓ Las alternativas educativas dirigidas a los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer resultan escasas y asistemáticas.
- ✓ Escasa preparación de los cuidadores principales para satisfacer las demandas de cuidados del paciente con enfermedad de Alzheimer.
- ✓ Los familiares que asumen el rol de cuidador principal, muestran síntomas afectivos manifestados en ansiedad y depresión que afectan su intercambio cotidiano con la familia y la comunidad.

La **contradicción** que se genera con la situación problemática antes señalada se expresa a partir de la demanda de cuidados que requieren los pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada propicia niveles elevados de ansiedad y depresión en sus cuidadores principales debido a su escasa preparación, en tanto en la actualidad la sociedad demanda una adecuada preparación de los cuidadores principales para disminuir los niveles de ansiedad y depresión, y lograr un adecuado bienestar físico y social identificada en el siguiente **problema científico**: ¿Cómo contribuir a la modificación de la ansiedad y depresión en los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada en el Policlínico Docente Julio Antonio Mella?

Se identifica como **objeto de investigación** el proceso de ansiedad y depresión en los cuidadores principales y se considera como **campo de acción** los síntomas afectivos manifestados en ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada del Policlínico Docente Julio Antonio Mella.

El análisis efectuado indica la necesidad de encontrar respuesta a las siguientes interrogantes científicas:

¿Cuáles son los fundamentos teóricos de la enfermedad de Alzheimer y los síntomas afectivos manifestados en ansiedad y depresión en los cuidadores principales de estos pacientes, en el mundo y en Cuba?

¿Cómo caracterizar en la actualidad el estado afectivo de los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada en el Policlínico Docente Julio Antonio Mella?

¿Cuál es la estructura de la Intervención Personalizada de Enfermería para la modificación de la ansiedad y depresión en los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada en el Policlínico Docente Julio Antonio Mella?

¿Qué repercusión teórica-práctica tendrá la Intervención Personalizada de Enfermería para la modificación de la ansiedad y depresión en los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada del Policlínico Docente Julio Antonio Mella?

El compromiso de la investigadora se manifiesta en el siguiente **Objetivo General**: Diseñar una Intervención Personalizada de Enfermería para la modificación de la ansiedad y depresión en los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada en el Policlínico Docente Julio Antonio Mella. Para el cumplimiento del objetivo anterior la autora se traza los siguientes **Objetivos Específicos**:

1. Identificar los fundamentos teóricos de la enfermedad de Alzheimer y los síntomas afectivos manifestados en ansiedad y depresión en los cuidadores principales de estos pacientes, en el mundo y en Cuba.
2. Caracterizar el estado afectivo actual de los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada en el Policlínico Docente Julio Antonio Mella.

3. Elaborar la Intervención Personalizada de Enfermería para la modificación de la ansiedad y depresión en los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada en el Policlínico Docente Julio Antonio Mella.

4. Valorar teórica y práctica la Intervención Personalizada de Enfermería para la modificación de la ansiedad y depresión en los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada del Policlínico Docente Julio Antonio Mella.

La investigación realizada clasifica como un estudio de intervención y desarrollo con un diseño pre experimental en un solo grupo, y una perspectiva mixta debido a que implicó un proceso de recolección, análisis y vinculación de datos cuantitativos y cualitativos durante el desarrollo de la tesis. El tiempo empleado para el desarrollo de la investigación estuvo comprendido en el período 2014-2017.

Las unidades de análisis estuvieron conformadas por 20 enfermeras (os) que laboran en el Policlínico Docente Julio Antonio Mella del municipio Guanabacoa, 102 pacientes con enfermedad de Alzheimer que asistieron a la consulta de Geriátrica durante el año 2015 para seleccionar a los cuidadores principales que formarían parte del estudio. Para la selección de la *Población del personal de Enfermería* (N) se tuvo en consideración que este personal laborara en el Policlínico Docente Julio Antonio Mella, asistiera al 95% de los encuentros y obtuvieran calificaciones de excelentes al finalizar el curso, por lo que quedó conformada por ocho enfermeras (os).

Para la selección de la *Población de pacientes con enfermedad de Alzheimer* (N) se tuvo en consideración los siguientes criterios de inclusión: ser diagnosticado con enfermedad de Alzheimer en los estadios leve o moderado, tener 65 años y más, residir en el área de salud del Policlínico Docente Julio Antonio Mella y recibir los cuidados de un miembro de la familia, por lo que esta quedó conformada por 90 pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada. Se excluyeron del

estudio siete pacientes que habían fallecido, tres pacientes que vivían fuera del área de salud y dos pacientes que no tenían cuidador reconocido.

Una vez conocida la población de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada (N= 90) se procedió a seleccionar la *Población de cuidadores principales* (N), el cual quedó conformada por 81 cuidadores principales de estos pacientes que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: voluntariedad de participar en el estudio, previo consentimiento de participación; estar apto desde el punto de vista físico y psicológico para participar en el estudio, que su familiar tenga diagnóstico de enfermedad de Alzheimer en estadio leve o moderado, y que haya brindado cuidados al paciente con enfermedad de Alzheimer por un período igual o mayor de 3 meses. La exclusión de los cuidadores principales estuvo dada porque cuatro pacientes habían fallecido, dos cuidadores no vivían con el paciente, en tanto tres se negaron a participar.

El estudio se apoya en una concepción dialéctica materialista. Durante el desarrollo de la investigación se tuvo en cuenta diferentes procedimientos lógicos del pensamiento, dentro de los que está el análisis-síntesis, la abstracción-concreción, la inducción-deducción; la investigación requirió de manera combinada de métodos del nivel teórico, empírico y estadístico-matemático.

Métodos del nivel teórico: **Análisis documental**, posibilitó que la autora identificará los referentes de las ciencias estudiadas, que van a sustentar sus planteamientos; la **sistematización**, permitió estructurar y organizar los conocimientos referentes a los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer e intervención existentes en la literatura nacional e internacional. También favoreció la organización de los conocimientos en cada capítulo y en los epígrafes, al establecer las interrelaciones necesarias, de forma tal que expresara de manera clara la concepción dialéctica y cambiante del objeto como resultado de la actividad transformadora y su relación con el medio; el **histórico-lógico**, que parte del estudio del problema de investigación en el contexto internacional,

nacional y local, lo que permitió identificar el desarrollo histórico del objeto de estudio y las leyes que lo fundamentan, por lo que se logró explicar a partir de la lógica de su desarrollo; **la modelación**, se empleó en el diseño del algoritmo de la Intervención Personalizada de Enfermería sobre la base del bienestar de los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada, así como el diseño de las acciones para su concreción en la práctica asistencial; además facilitó la relación estructural entre sus componentes. El **enfoque sistémico estructural funcional**, permitió estudiar el paradigma de la totalidad y la simultaneidad, las relaciones entre las partes y el todo, entre los componentes de la Teoría del Cuidado de Kristen Swanson, revela las relaciones entre los aspectos que estructuran la Intervención Personalizada de Enfermería dirigida a los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada.

Métodos del nivel empírico: **Cuestionario al personal de Enfermería**, permite identificar los aspectos teóricos sobre la enfermedad de Alzheimer, los Modelos y Teorías de cuidados y su vinculación a la práctica en la Atención Primaria de Salud. **Cuestionario socio demográfico y clínico**, instrumento validado en el 2007 en un estudio de prevalencia de la demencia realizado en 24 países incluido Cuba y permite caracterizar a los pacientes con enfermedad de Alzheimer y sus cuidadores principales. **Encuesta diagnóstica**, dirigida a los cuidadores principales para establecer sus conocimientos sobre la enfermedad y la conducta a seguir ante los síntomas psicológicos y conductuales de los pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada. **Inventario de Ansiedad de Beck**, instrumento compuesto por 21 ítems, utilizado para clasificar la ansiedad en mínima, leve, moderada y severa. **Inventario de Depresión de Beck**, instrumento de 21 ítems, utilizado como herramienta para clasificar la depresión como sin depresión, depresión leve, moderada y severa.

Consulta a expertos: se seleccionaron 31 expertos que cumplieron los requisitos, para la constatación de la viabilidad de la Intervención Personalizada de Enfermería para cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada. **Cuestionario de conocimiento**, aplicado a los cuidadores principales para comprobar los conocimientos adquiridos después de la intervención. **Pre-experimento**, se utilizó para valorar los cambios que se produce en el cuidador principal de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada después de la implementación de la Intervención Personalizada de Enfermería.

Métodos estadísticos-matemáticos: se empleó para el procesamiento de la información obtenida de la estadística descriptiva el Índice ponderado. Se utilizó además el cálculo porcentual, la desviación estándar y la media. El procedimiento de triangulación metodológica permitió procesar los resultados. Se utilizó el Método Delphi en el procesamiento de la consulta a experto.

La novedad científica radica en que por primera vez se aborda una intervención de este tipo en esta área de salud, para modificar los síntomas afectivos manifestados en ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada. El empleo del métodos mixtos, para abordar un problema de salud actual desde una concepción filosófica sustentada en la teoría de los cuidados de Kristen Swanson, en correspondencia con las exigencias de la sociedad y las prioridades del Ministerio de Salud Pública en el Programa de Atención Integral al Adulto Mayor.

La Contribución teórica: se pone de manifiesto en el carácter innovador del cuidado a partir de la interacción cuidador principal – entorno – salud – cuidado, muestra documentos de consulta para el personal de Enfermería, que enriquecen esta ciencia, al proteger al cuidador principal y al paciente con enfermedad de Alzheimer leve y moderada a partir de los fundamentos teóricos de las Ciencias de la Enfermería, al aplicar el Proceso de Atención de Enfermería, la Teoría de los Cuidados de

Kristen Swanson y la Taxonomía NANDA, NIC y NOC, la identificación de los componentes de la Intervención Personalizada de Enfermería permite ofrecer información actualizada y científica sobre la enfermedad de Alzheimer, y de manera particular los síntomas psicológicos y conductuales en los pacientes y su repercusión en los cuidadores principales.

Aporte práctico: se expresa mediante la anticipación de acciones sistematizadas, organizadas, medibles y documentables que permiten ofrecer cuidados al cuidador principal de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada de manera personalizada, lo que permite modificar los síntomas afectivos manifestados en ansiedad y depresión; Se capacitó al personal de Enfermería para poder transformar la práctica a partir de la propuesta.

Estructuración de la tesis La tesis está estructurada en introducción, tres capítulos, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, bibliografía consultada y anexos. En el **primer capítulo** se abordan aspectos generales de la enfermedad de Alzheimer; repercusiones del cuidado en el cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer y la Teoría de los Cuidados de Kristen Swanson. El **segundo capítulo** presenta el estado afectivo actual de los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada. En el **tercer capítulo** se sistematizan los fundamentos teóricos de las intervenciones, la Taxonomía NANDA, NIC y NOC, la estructuración de la Intervención Personalizada de Enfermería para cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada, la valoración por consulta de expertos, instrumentación y valoración de los resultados.

**CAPÍTULO 1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA ENFERMEDAD DE
ALZHEIMER Y LOS SÍNTOMAS AFECTIVOS MANIFESTADOS EN
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS CUIDADORES PRINCIPALES**

CAPÍTULO 1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y LOS SÍNTOMAS AFECTIVOS MANIFESTADOS EN ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS CUIDADORES PRINCIPALES

El objetivo del capítulo es analizar los fundamentos teóricos de la enfermedad de Alzheimer y los síntomas afectivos manifestados en ansiedad y depresión en los cuidadores principales de pacientes con esta enfermedad, en el contexto de la Atención Primaria de Salud, para desarrollar actividades diarias en el cuidado del familiar y el suyo propio. Al mismo tiempo se concreta la posición teórica que asume la autora ante el objeto de investigación estudiado.

1.1. Generalidades de la Enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer se remonta a 1906 cuando el doctor Alois Alzheimer, neuropatólogo y eminente psiquiatra alemán, descubre la enfermedad, la cual fue descrita por primera vez en una paciente que había ingresado en el Hospital de Frankfurt a la edad de 51 años.¹⁶ Esta enfermedad durante los primeros 50 años del siglo XX fue considerada para muchos como parte del envejecimiento normal, los síntomas con frecuencia eran atribuidos a la declinación normal del cerebro con el envejecimiento, es decir, como sinónimo de senilidad.¹⁹

No es hasta la década de los 70 que es considerada como una enfermedad y en la actualidad acorde con las estadísticas se considera que es causa frecuente de demencia y una de las condiciones médicas crónicas más devastadoras en los adultos mayores.²⁰ Las personas que la sufren pierden de forma lenta la capacidad de aprender, controlar sus funciones y recordar, dadas las tendencias demográficas actuales, ha sido denominada "la epidemia del siglo", por lo que se encuentra entre las seis afecciones incluidas por la Organización Mundial de la Salud como una prioridad en relación con la salud mental.²¹

La sistematización realizada a la obra de los autores que se dedican al estudio de la enfermedad de Alzheimer en el ámbito internacional reportan que: ^{22, 23, 24}

- ✓ Cerca de 3 286 000 personas en Europa padecen demencia, con una prevalencia estandarizada por edad de 6.4% para la demencia global, al corresponder a la enfermedad de Alzheimer el 4.4%.
- ✓ La enfermedad de Alzheimer afecta alrededor del 10.0% de las personas mayores de 65 años de edad y de ellas el 45.0% tiene 85 años o más.
- ✓ Su incidencia y prevalencia se duplica cada 5 años después de los 60 años de edad.
- ✓ Hay mayor incidencia en las mujeres que en los hombres.
- ✓ La enfermedad de Alzheimer se presenta con mayor frecuencia en personas con bajo nivel educacional.
- ✓ La prevalencia de la enfermedad de Alzheimer en los países en vías de desarrollo no es conocida, se trata de estudios muy puntuales realizados en escasos países y en poblaciones muy reducidas.
- ✓ Estudios epidemiológicos estiman que en Asia, la padecerán entre ocho y 10 millones, en Europa alrededor de 15 millones y en América del Sur 1,5 millones de personas.

En Estados Unidos la enfermedad de Alzheimer es la sexta causa principal de muerte, según reporta el Instituto Nacional de Salud Mental hasta 5,2 millones de estadounidenses la padece, afecta a las mujeres con más frecuencia que los hombres. ²⁵ En Cuba cerca de 130 000 personas padecen la enfermedad de Alzheimer o una demencia relacionada, cifra que según estudios del centro de la tercera edad debe duplicarse para el 2020. ²⁶

Estudios epidemiológicos realizados en los municipios de Marianao, la Lisa, Playa, 10 de Octubre, Bauta y en algunos de los cabeceras de Matanzas muestran una prevalencia del síndrome

demencial entre un 6.4 y 10.2 % por cada 100 ancianos y corresponde a la enfermedad de Alzheimer un 5.5%.^{22, 23}

Esta enfermedad evoluciona de manera progresiva y se asocia a una de las causas de fallecimiento del paciente en un período variable de entre 4 y 20 años. De forma general se puede diferenciar tres fases:²⁷

Fase 1, leve: La persona olvida algunas cosas; comienza a perder vocabulario y le cuesta construir rápidamente frases; siente dificultad para realizar actividades que antes desarrollaba de manera mecánica; pierde la referencia espacio-temporal de forma momentánea; se alteran aspectos de la personalidad.

Fase 2, moderada: El enfermo olvida los sucesos recientes; apenas puede decir unas frases lógicas seguidas; abandona sus actividades; se pierde cuando sale a la calle o en el hogar, por lo que no puede ir solo a ningún sitio; percibe de manera errónea el espacio; puede tener reacciones desmesuradas en su carácter.

Fase 3, severa: Deriva poco a poco en la muerte del cerebro y el fallecimiento del enfermo. Es frecuente que el enfermo esté encamado o postrado en una silla, por lo que la familia no tiene que estar las 24 horas del día pendiente del afectado.

A lo largo de la evolución cerca del 90.0% de los pacientes sufre algún tipo de trastorno de conducta. Libre JJ en el 2011 citado por Navarro E en el 2015, plantea que los síntomas pueden comenzar con cambios sutiles de personalidad con tendencia a la apatía, distimia o desinhibición. Con el transcurso del tiempo y de la enfermedad, en fases avanzadas, pueden aparecer problemas importantes de conducta, tales como: ideas delirantes de perjuicio, celotipia, identificaciones erróneas, alucinaciones, irritabilidad, agresividad, agitación, fraccionamiento del sueño,

deambulaci3n errática, actividades repetidas sin finalidad, entre otras que dificulta el cuidado de estos pacientes por parte de sus allegados. ^{28, 29}

A esta serie de sintomatología se les conoce como síntomas psicológicos y conductuales, a los cuales Guerra MA y colaboradores en el 2011 los definen como un grupo heterogéneo de reacciones psicológicas, síntomas psiquiátricos y de la conducta que ocurre en personas con demencia de cualquier etiología, ²⁹ concepto asumido por la autora de la investigación.

Los síntomas psicológicos y conductuales son causa de estrés elevado y se asocian a enfermedad física y psíquica en los cuidadores principales, lo que afecta de manera desfavorable tanto al paciente como a su cuidador y es, además, un factor predictor de hospitalización. ²⁹

1.2. El cuidado en la enfermedad de Alzheimer

Cuidar es un acto inherente a la vida, es el resultado de una construcción propia de cada situación de promover, proteger y preservar la humanidad; este existe desde el comienzo de la vida, por tanto, cuidar es imprescindible para la vida y para la perpetuidad del grupo social. ^{30, 31}

En el año 1998, Donaldson MS afirmó que el cuidado es el grado en el cual los servicios de salud incrementan la probabilidad del bienestar de salud deseado en los individuos y que son consecuentes con el conocimiento profesional actual. ³² Esta definición ilustra que el cuidado debe tener un beneficio para el paciente, reflejar su satisfacción y bienestar. ³³

Eriksson K, pionera de la ciencia del cuidado en los países escandinavos, en el año 2002 lo define como algo humano por naturaleza, una invitación a servir con amor. ³⁴ La autora coincide con Boykin A y Schoenhofer SO en el año 2006 plantean que cuidado es el servicio que ofrece la profesión de enfermería y se aplica en el contexto de los tres niveles de atención de salud. ³⁵

Baster JC en el año 2010 ³⁶ lo define como el conjunto de actividades humanas físicas, mentales y emocionales dirigidas a mantener la salud y el bienestar de individuos y/o comunidad. Comprende,

entre otras, mantener una alimentación adecuada, hábitos de higiene corporal y del hogar, evitación de posibles peligros o accidentes, sin olvidar la atención emocional y afectiva, las relaciones sociales y el entretenimiento.

El cuidado es la razón de ser de la profesión enfermera y constituyen el motor del quehacer diario, foco de atención y objeto de estudio de esta disciplina profesional. En el ámbito de la Atención Primaria de Salud, el cuidado domiciliario ocupa gran parte del tiempo de la enfermera de familia y cada vez es más creciente el interés por mantener a las personas mayores libres de problemas en su entorno familiar.³⁷

Cuidar a un paciente con una dolencia crónica en su domicilio se ha convertido en una situación común en países desarrollados y en vía de desarrollo. Razón para que cada vez sean más las personas que cuidan a un familiar que depende de manera total de ellos.³⁷ En este sentido, el cuidador familiar satisface las necesidades básicas del enfermo y realiza así una contribución importante al sistema formal de salud, cuya labor es primordial para evitar la hospitalización de la persona dependiente.³⁷ De esta manera el cuidado informal se convierte en el recurso principal de los pacientes en condición de enfermedad y/o discapacidad.

El término cuidado informal es polémico debido a que no siempre lleva implícito todas las aristas del mismo. Se ha definido el cuidado informal como la prestación de cuidados de salud,³⁸ atención prestada,³⁹ atención y cuidados,^{40, 41} cuidados,^{42, 43} cuidados prestados,^{44, 45, 46} practica social,⁴⁷ a personas dependientes^{39, 44, 46, 48} que presentan algún grado de discapacidad o dependencia; ^{40, 41} ancianas, enfermas y dependientes, ^{42, 43} proporcionados por la familia, ⁴⁶ familiares, amigos u otras personas ^{42, 43} de la red social inmediata, ^{40, 48} por personas de la familia o de su entorno, ³⁹ parientes, amigos o vecinos ^{44, 45} distintos de los servicios formalizados de atención ^{39, 40} desde el interior del hogar, ^{39, 42, 46, 47} que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen ^{40, 47, 48}

fundamentadas en relaciones afectivas,^{42, 43, 45, 46, 47} de parentesco con el rol adscrito a la mujer, ^{42, 46,}
⁴⁷ rasgos que caracterizan y afectan su visibilidad, y reconocimiento social. ^{42,47} Este cuidado no es
de manera ocasional, sino mediante un compromiso de cierta permanencia o duración. ^{44, 45}

El cuidado informal es un concepto complejo y multidimensional porque implica no sólo la realización
de una serie de tareas sino también relaciones y sentimientos; este cuidado puede considerarse
como un proceso con diferentes fases, en el que la persona que cuida identifica necesidades y elige
estrategias de acción, asume responsabilidades, desempeña tareas específicas y tiene en cuenta
las reacciones de la persona receptora de los cuidados. Por último, el cuidado posee un carácter
ético y político que repercute en un ámbito social y físico más amplio que el interpersonal. ⁴⁷

El análisis realizado le permitió a la autora conceptualizar de manera operativa el término cuidado
del paciente con enfermedad de Alzheimer como "la atención y cuidados que se brinda al enfermo
por familiares, amigos u otras personas de la red social inmediata, desde su propio hogar; de
manera gratuita y empírica con el fin de satisfacer sus necesidades humanas". Este cuidado implica
la realización de tareas diversas que demandan del cuidador esfuerzos, energías y tiempos distintos
que pueden vulnerar su propia salud.

Existen distintas explicaciones sobre los motivos de cuidar. La antropóloga Comas D en el 2007,
citada por Expósito Y en el año 2008 ⁴⁹ describe dos de los componentes del cuidar: el componente
afectivo y el componente moral. Cuidar en familia implica un fuerte componente afectivo, se ama a
las personas para las cuales se realiza este trabajo, que además está impregnado de un elevado
contenido social y moral, porque se lleva a cabo en el marco de un conjunto de obligaciones y
deberes derivados de los lazos de parentesco.

Una de las enfermedades que requieren del cuidado familiar son las demencias y entre ellas los
enfermos que sufren de enfermedad de Alzheimer, esta constituye con frecuencia una experiencia

prolongada, en la que pueden diferenciarse diversas etapas. El papel del cuidador evoluciona con el tiempo, dado que se inicia desde la asimilación del diagnóstico, para la posterior supervisión y ayuda en las actividades instrumentales, la progresiva tolerancia ante los trastornos de comportamiento y la atención en las actividades básicas de la vida diaria del enfermo. ¹²

La responsabilidad del cuidado de los pacientes con enfermedad de Alzheimer suele recaer de manera general sobre sus familiares en el seno del hogar. Sin embargo, no todos sus miembros asumen de la misma manera los cuidados y atención que necesita. Las psicólogas Cerguera AM y Galvis MJ en el año 2014 distinguieron dos tipos de cuidadores, el formal y el informal. Los cuidadores formales son personas que no hacen parte de la familia de la persona enferma, que pueden estar capacitadas o no para ejercer dicho rol y que, a cambio, reciben una remuneración económica. ^{12, 50}

Valderrama H en el 2006 citado por Gallardo R, Barón D y Cruz E en el año 2012 define a los cuidadores formales de ancianos como aquellas personas capacitadas a través de cursos teóricos-prácticos de formación dictados por equipos multi e interdisciplinarios de docencia para brindar atención preventiva asistencial y educativa al anciano y a su núcleo familiar. ⁵¹

En cambio, el cuidador informal es la persona miembro de la red social del receptor del cuidado, que brinda atención de manera voluntaria, sin que medie remuneración económica. ¹² Por lo general son familiares, aunque pueden participar amigos y vecinos de este tipo de apoyo. ⁵¹

Los especialistas en Geriátrica Penny E y Melgar F en el año 2012 afirman que el cuidador informal es toda persona que debe hacerse cargo de un familiar afectado por algún tipo y grado de dependencia. ⁵² Gallardo R y Cols en este mismo año, clasifica a los cuidadores en principales o primarios, estos asumen total responsabilidad en la tarea, al pasar por diferenciaciones progresivas según la ayuda, formal o informal que reciban. A diferencia de los cuidadores primarios, los

secundarios no tienen la responsabilidad principal del cuidado de los ancianos, y se enmarca que cuando los cuidadores informales son el cónyuge o familiar femenino, estos adoptan el carácter de cuidadores principales.⁵¹ A pesar de las diferentes aceptaciones del término cuidador, estos tienen como objetivo en común el cuidado, se hacen cargo del enfermo en su entorno familiar al satisfacer sus necesidades físicas y emocionales.

La Asociación Mundial de Alzheimer define al cuidador principal como la persona que más tiempo permanece al cuidado del enfermo; la cual sufre lo que los investigadores han llamado *burden* (carga) para reflejar las sensaciones de opresión, obligación, sin descanso y durante mucho tiempo; sensaciones expresadas por los familiares frente a la demanda de cuidados que genera el paciente con demencia.^{16, 53, 54}

En el año 2011 Feldberg y cols lo definen como aquella persona principal responsable del cuidado no profesional del paciente. Reside en su gran mayoría en el mismo domicilio del enfermo, debe estar siempre disponible para satisfacer sus demandas y no recibe retribución económica alguna por la función que desempeña.^{55, 56}

Fernández y cols en el año 2011 definen al cuidador principal como el individuo que asume las tareas del cuidado, con la responsabilidad que ello implica, es percibida por los restantes miembros de la familia como responsable de la persona dependiente y no es remunerada de manera económica.^{56,}

⁵⁷

La autora encuentra un grupo de regularidades planteadas por diferentes autores relacionadas con el cuidador principal, estas son:^{12, 15, 51, 52, 53, 54, 58}

- ✓ De manera general son miembros de la familia de la persona enferma.
- ✓ En su mayoría no están capacitadas para ejercer dicho rol, pero lo enfrentan con dignidad.
- ✓ Brindar atención al enfermo en su entorno familiar.

- ✓ Los cuidadores principales del sexo femenino son generalmente las esposas e hijas.
- ✓ Al fallecer la persona cuidada, el cuidador principal termina con problemas psíquicos, físicos y emocionales.
- ✓ En familia nuclear, es la mujer la que abandona su trabajo para dedicarse al cuidado del enfermo.

La autora después de sistematizar estudiosos del tema asume la definición de cuidador principal ofrecida por Martínez FE en el año 2014 al decir que es la persona que más tiempo permanece al cuidado del enfermo; sobre la cual recae la mayor responsabilidad del cuidado. Este proporciona la mayor parte de la asistencia y apoyo diario a quien padece la enfermedad, y también es la persona que le permite vivir en su entorno; por lo que se le hace difícil delegar parte de este trabajo y se crea una fuerte dependencia de este hacia la persona cuidada. ⁵⁸

Ser cuidador principal ha sido concebido como una carrera inesperada que, a diferencia de otras ocupaciones, no está dirigida de forma general por las metas que cada cual se propone, sino por aquellas que vienen impuestas por el desarrollo de la problemática de las personas con edades avanzadas y los niveles de dependencia que se alcanzan de manera progresiva. ⁵¹

El proceso que se vive en la familia de un paciente con enfermedad de Alzheimer y en especial para el cuidador principal es largo y complejo, y tiende a generar sobrecarga y desgaste. ⁵⁹ Las variables en los estudios que comparan la edad con la calidad de vida de los cuidadores, revelan que cuanto más joven son estos, mayor será el estrés emocional y psicológico. ⁶⁰ Garzón M asume el término cuidador principal porque este se responsabiliza de manera total del enfermo por largo período de tiempo, asume el cuidado cuando el paciente es diagnosticado con la enfermedad, que no siempre es precoz y debido a la constante dedicación sufren problemas físicos, psíquicos, emocionales; se olvidan de sí mismo y abandonan las relaciones sociales y con sus familiares.

La literatura relacionada con el tema, plantea que, a lo largo de la historia, el cuidado de los adultos mayores ha sido ejercido por las mujeres y en muchas investigaciones se ha demostrado que de forma general son las esposas, hijas, nietas las que desempeñan estas funciones. Este hecho puede explicarse por factores de género, socioculturales dados por la tradición, en el pasado, las mujeres no desempeñaban funciones fuera del hogar, lo que justificaba su mayor disponibilidad para el cuidado de familiares. ¹⁶

En España, son mujeres el 60.0% de las cuidadoras principales de adultos mayores, estas suelen ser también responsables de las tareas domésticas del hogar y tener una relación de parentesco directa con las personas a su cuidado. ⁶¹ La autora asume a Cerguera AM y Galvis MJ que en el año 2014 ¹² evidencian que el perfil del cuidador del paciente con enfermedad de Alzheimer son mujeres, en su mayoría, amas de casa, hijas o esposas de la persona receptora de cuidado, con edades que superan los 40 años, e incluso con edades cercanas a los 60 o 65 años, edad a partir de la cual, en muchos países, ya se les considera parte de la población adulta mayor.

En la investigación realizada en Cuba, Santa Clara durante el año 2012 “La atención al cuidador, problema de salud necesario de abordar en los estudios médicos” el 77.4% de los cuidadores pertenecían al sexo femenino, la edad media de la muestra fue de 55.9 años con una desviación estándar de ± 11.4 años, no obstante, y a pesar de no ser representativo llama la atención la presencia de cuidadores en el grupo de 70 y más; se debe tener en cuenta que estos grupos etáreos sufren de enfermedades propias a su edad como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, dolores osteoartrotróficos, musculares entre otros. ⁶²

Estudios realizados en Cuba por Ferraz K y otros autores en el año 2013 a las familias y cuidadores fundamentan que el 88.1% de los casos el cuidador principal es un familiar del paciente, que

pertenece en el 80.0% al sexo femenino. La edad que ha prevalecido en los cuidadores es de 57.3 años, con un predominio en el grupo de 60 y más años, seguido del grupo de 40-49 años.⁶⁰

Pascual Y, Garzón M y Silva H en el año 2015 evidenciaron que la edad media de los cuidadores principales fue de 56.43 años; en la cual prevaleció el sexo femenino (82.9%), casadas (57.1%), hijas del enfermo (60.0 %), sin vínculo laboral (85.7 %) de las cuales el 45.7 % tenían un nivel educacional superior, quienes brindaban cuidados más de 12 horas diarias (82.9 %) por más de dos años (40.0%) y el 77.1% se le diagnosticó alguna enfermedad crónica,⁶³ lo cual se corresponde con otros estudios realizados en el ámbito nacional.

La autora asume que la mayor cantidad de mujeres que se adjudican la función de cuidar a pacientes con enfermedad de Alzheimer puede ser debido a que se considere este acto como algo natural, ya que en él está implícito el papel de la mujer como madre. El cuidar, para las mujeres, constituye uno más de sus funciones en el contexto socio-cultural y pasa de generación en generación.⁶⁰

La autora de esta investigación dada su experiencia en la práctica de Enfermería no quiere dejar por alto la incorporación del sexo masculino a los cuidados de pacientes en estado de dependencia o discapacidad, se consideran múltiples razones que aunque no sean objeto de esta investigación se asientan algunas; ser el miembro de menor ingreso en la familia, ser hijo único, no contar con el apoyo familiar, ser un profesional de la salud, entre otros.

La investigadora destaca que el cuidador principal de pacientes con enfermedad de Alzheimer realiza una contribución social porque se hace responsable del cuidado del familiar, este cuidador contribuye a reducir la utilización de los recursos y servicios asistenciales; sin embargo este nuevo rol le provoca afectaciones desde lo biológico, lo psicológico y lo social a consecuencia de la

sobrecarga emocional, física y económica. Estos se ven obligados a ajustar cambios en sus vidas, desarrollar tareas múltiples y complejas que exigen inversión de tiempo, energía y conocimiento.

1.2.1. La ansiedad y depresión en los cuidadores principales

Asumir el cuidado de una persona en situación de dependencia constituye un factor de riesgo para la salud del cuidador⁶¹ y se relaciona con la transformación en los roles y el desempeño de actividades cotidianas debido a que se somete a un cambio en su estilo de vida en función de la atención de pacientes con enfermedades crónicas.⁶⁴

En el análisis documental la autora constató que entre los problemas que afectan a los cuidadores principales se encuentran los psíquicos, que suelen ser más relevantes, con un impacto negativo en la esfera psicológica, más evidente e intenso que los problemas físicos y socio familiares. A menudo estos problemas psíquicos son difíciles de verbalizar y se refieren como somatizaciones o con términos inespecíficos, del tipo de desánimo o falta de fuerzas. Su aparición se relaciona con un mayor riesgo de estrés y sobrecarga por parte del cuidador, con múltiples factores de riesgo.^{65, 66, 67, 68, 69, 70} Las investigaciones en el ámbito de las emociones de los cuidadores de pacientes en estado de dependencia y discapacidad se han dirigido al estudio de dos de los grandes síntomas afectivos: la ansiedad y la depresión.^{12, 66, 69, 71}

Para comprender mejor por qué se comenzó a dar prioridad al estudio de las relaciones entre los síntomas afectivos ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes en estado de dependencia y discapacidad, se tuvo en consideración que estas entidades tienen un carácter crónico; influyen de manera importante en conductas y estilos de vida inadecuados; y su mayor incidencia entre la población adulta y de mediana edad.⁷²

La ansiedad y depresión han sido de los fenómenos más estudiados y no por eso, mejor comprendidos. Una de las fuentes de confusión que suele influir en las discusiones sobre estos

sintomas es que tiene diferentes significados en la neurofisiología, la farmacología, la psiquiatría y la propia psicología; incluso en una misma disciplina como la psicopatología, estos términos suelen usarse de manera equitativa para referirse a un estado de ánimo, a un síntoma y a un síndrome. Otro de los factores que contribuyen a fomentar la confusión es que la ansiedad y depresión tienen muchas características en común desde el punto de vista genético y fenomenológico. Una gran parte de los pacientes presentan síntomas como irritabilidad, los trastornos del sueño y la alimentación, entre otros que son comunes a ambos síntomas afectivos.⁷³

Según Sandín B y Chorot P en el año 1995 citado por Piqueras JA y cols en el año 2008 la ansiedad es una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico, cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anular o contrarrestar el peligro mediante una respuesta (conducta de huida o de agresión);⁷² término asumido por la autora para guiar la investigación.

Acorde con Amigo I y otros en el año 2003 citado por Piqueras JA y cols en el año 2008 la ansiedad es un desorden psicofisiológico que se experimenta ante la anticipación de una situación amenazante, sea ésta más o menos probable.⁷² Esta puede llegar en cierto punto a ser fisiológica, y llega a ser una respuesta normal del organismo a diversos estímulos, sin embargo, al no encontrarse medidas que controlen este estado se puede convertir en una situación patológica con seria repercusión en el ser humano, que asimismo afectan no solo al individuo sino a todas las personas cercanas a él, inclusive al paciente dependiente de cuidados.⁷⁴

Para Sun Y y cols en el 2008 citado por Galindo O en el 2015 la ansiedad es una reacción emocional vivida de manera intrapsíquica, que surge ante las situaciones estresantes externas o internas, de alarma o que se perciben con pocas posibilidades de solución.^{66, 75} Cuando aparece ansiedad asociada al cuadro depresivo, los síntomas de tensión suelen interferir en la capacidad de disfrute

del sujeto respecto a las actividades agradables y se intensifican las desagradables. En tal caso, al igual que la ansiedad en su forma clínica, estos sentimientos pueden por su duración, frecuencia e intensidad transformarse en una depresión clínica e interferir en la capacidad adaptativa de la persona que los padece. ⁷²

La depresión ha persistido a lo largo del desarrollo de la humanidad, se deriva del latín de y premere (apretar, oprimir) y deprimere (empujar hacia abajo). En la antigüedad su símil recibió el nombre de melancolía, y Galeno de Pérgamo (131-201) la describió como una alteración crónica, que no se acompañaba de fiebre y presentaba síntomas como temor, miedo o desesperación, suspicacia, misantropía y cansancio de la vida, entre otros. ^{16, 76}

En su forma clínica, la depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una sensación de tristeza intensa superior a dos meses, es el resultado final de la interacción de múltiples factores constitucionales, evolutivos, ambientales e interpersonales, que modifican las pautas de neurotransmisión entre los hemisferios cerebrales y el sistema límbico. ⁷²

Belmaker RH y Agam G en el año 2008 refieren que la depresión es un desorden heterogéneo con un curso muy inconstante, una inconsistente respuesta al tratamiento, y ningún mecanismo establecido. La American Psychiatric Association citado por Piqueras JA y cols en el año 2009 plantea que es un trastorno clínico, descrito de manera común por las sensaciones de tristeza, desesperanza, vacío, pérdida de interés y placer en actividades cotidianas durante más de dos semanas. ^{77, 78} Para Zarrogoitia I en el año 2010, es una alteración primaria del estado de ánimo, caracterizada por el abatimiento emocional, y que afecta todos los aspectos de la vida del individuo; ⁷⁶ definición asumida por la autora en el estudio

Según Sun Y y cols en el 2008 citado por Galindo O en el 2015 la depresión es el estado de ánimo caracterizado por pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la

vitalidad que lleva al paciente a la reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo, casi todos los días, durante dos semanas consecutivas o más.^{66, 75}

La revisión realizada a la literatura internacional y nacional evidencian que las personas que asisten a enfermos crónicos tales como: cuidadores primarios de pacientes pediátricos,⁷⁹ cuidadores familiares de personas mayores de 65 años afectadas de insuficiencia renal crónica,⁶⁹ en cuidadoras de familiares mayores,⁸⁰ cuidador primario informal de pacientes con cáncer,⁶⁶ cuidadoras de pacientes incluidas en programa de atención domiciliaria,⁸¹ cuidadores de personas con discapacidad severa,⁸² cuidadores informales del adulto mayor dependiente,⁸³ cuidadores informales de pacientes con enfermedades crónicas,⁶⁴ cuidadores de pacientes con trastorno de la conducta alimentaria,⁷¹ cuidador informal en enfermos de Alzheimer,⁸⁴ cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer,⁸⁵ experimentan una mayor prevalencia de manifestaciones de ansiedad y depresión.

El cuidador principal se va enfrentado no solo a la depresión, sino a sentimientos de miedo y ansiedad por la condición de su ser querido enfermo y por enfrentarse a lo inesperado, impotencia de querer hacer y no poder, incertidumbre sobre el futuro propio y del ser cuidado, soledad, frustración, rabia y culpa por la adversidad y complejidad de la situación.⁸⁶ La autora enfatiza que se señala además otros no menos importantes como la falta de recursos materiales y monetarios en el cuidador razones para aumentar su mal estado anímico.

La autora asume a la ansiedad y depresión como síntomas afectivos debido a que son las respuestas anímicas o emocionales disonantes o inapropiadas en relación con la conducta y/o el estímulo,⁸⁷ a su vez al tener en consideración las definiciones de cuidador principal ofrecida por

Martínez FE en el año 2014, la definición de ansiedad y depresión asumidas para la investigación define de manera operativa los términos:

Ansiedad en el cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer como el “síntoma afectivo que sufre la persona responsable de las necesidades básicas y psicosociales del paciente con enfermedad de Alzheimer, al enfrentarse como consecuencia de esta labor a situaciones de amenaza o peligro físico o psíquico para su salud”.

Depresión en el cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer como el “síntoma afectivo en la persona responsable de las necesidades básicas y psicosociales del paciente con enfermedad de Alzheimer caracterizado por la alteración del estado de ánimo a causa de la labor que realizan a diario”.

Las consecuencias de los problemas psíquicos del cuidador principal afectan en el plano individual, familiar y social; al influir de forma negativa en los propios cuidados del paciente incapacitado, no perder de vista la problemática de convivencia cuidador principal-persona dependiente, cada vez se torna más complicada. En esta línea, se han relacionado con tasas mayores de institucionalización temprana y un motivo de queja frecuente entre sus cuidadores. ⁶⁵

1.3. El cuidado a los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer

La Enfermería ha sido considerada como ciencia sólo a partir de los últimos decenios, en donde su desarrollo teórico se ha potenciado a través del estudio científico de los fenómenos que integran el cuidado de la salud humana. Esto ha permitido que se constituya en una ciencia humanística y social con un cuerpo de conocimientos propio. Su desarrollo como disciplina científica permite integrar fundamentos teóricos (Ciencia de Enfermería) y práctica profesional (dominio específico que la diferencia de otras profesiones), ambos delimitan un campo de estudio, de saberes e interpretaciones. ⁸⁸

La integración de la ciencia y la profesión permiten a la enfermera promover el cuidado humano en diferentes momentos del proceso vital y en diferentes contextos, al considerar a la persona con una visión holística del ser, focalizado en las respuestas humanas frente a problemas de salud reales o potenciales que demandan intervenciones de enfermería humanísticas y de calidad. ⁸⁸

La autora al tomar en consideración lo antes planteado asume que el personal de Enfermería que labora en la Atención Primaria de Salud en la implementación de los cuidados a los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer le resulta de gran valor el empleo de teorías de cuidado, en este caso la investigadora sustenta la estructura conceptual de esta obra en la Teoría de los Cuidados de Kristen Swanson.

Esta teórica representante de las teoría de rango medio o de mediano alcance instrumentaliza la acción de la práctica y hace que las intervenciones de enfermería se generen de acuerdo con una comprensión más operativa del fenómeno en ocurrencia y no como una forma espontánea y coyuntural, que responda de manera aleatoria a las necesidades del sujeto receptor del cuidado de enfermería. ⁸⁹

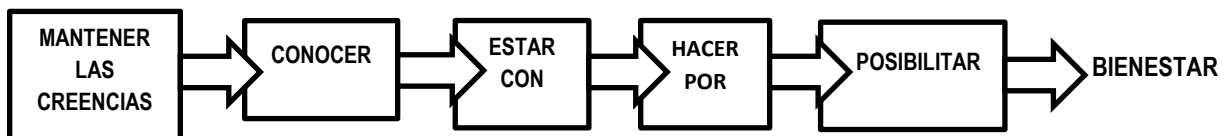
El *cuidado* es definido por Swanson en su Teoría de los Cuidados, como una *“forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y responsabilidad personal”*; en la cual se busca que el cuidado que se brinda sea como fuese para sí mismo, y que sea el mejor posible. Un cuidado confortable, agradable actuar con habilidad y competencia, proteger y preservar la dignidad humana de los demás. El cuidado es el restablecimiento del bienestar, incluye el dolor interior que genera, el establecimiento de nuevos sentidos, la restauración integral y el surgimiento de un sentido de integridad renovada. ⁹⁰

Al coincidir con Swanson, el cuidado integral en un ambiente complejo abarca un equilibrio de cuidado (de uno mismo y la persona a quien se cuida), acompañamiento (a otros y roles),

enfrentarse a responsabilidades (asignadas por uno, por otros y por la sociedad) y evitar malos desenlaces.⁹⁰

La Teoría de los cuidados está compuesta por cinco categorías denominadas: Mantener las creencias, Conocer, Estar con, Hacer por y Posibilitar; las cuales constituyen la estructura del cuidado y es representada por Swanson como se muestra en el siguiente gráfico 1.

Grafico 1. Estructura del cuidado



Fuente: De Swanson, K.M. [1993]. Nursing as informed caring for the well-being of others. Image: The Journal of Nursing Scholarship, 25[4], 352-357

Estas categorías constituyen una secuencia de intervenciones de enfermería, caracterizada por la actitud filosófica de la enfermera para el cuidado informado a través de la comprensión, los mensajes verbales y no verbales, las acciones terapéuticas y las consecuencias de los cuidados, se aplica a todas las relaciones de cuidado en la cual este profesional diagnóstica y trata las respuestas humanas a problemas de salud actuales o potenciales.^{90,91}

La primera categoría, “*mantener las creencias*”, se refiere a que mantenga la fe en la capacidad del otro, superar un acontecimiento, y enfrentarse al futuro con significado, creer en la capacidad del otro y tenerlo en alta estima, mantener una actitud llena de esperanza, ofrecer un optimismo realista, ayudar a encontrar el significado y estar al lado de la persona cuidada en cualquier situación. La Enfermería por medio de un cuidado integral busca ayudar a los pacientes a lograr mantener o recuperar la seguridad en sus experiencias de salud o enfermedad.^{90,91} Son las actitudes y cuidados hacia el cuidador principal las que se establecen a través de la relación personal de Enfermería-cuidador principal, mediante la misma este personal debe ofrecer al cuidador principal optimismo, estima y acompañarlo en el proceso de cuidado.

La categoría “*conocer*” se relaciona con la necesidad de esforzarse por comprender el significado de un suceso, en la vida del otro, evitar conjeturas, centrarse en la persona a la que se cuida, examinar claves, valorar de forma minuciosa y buscar un proceso de compromiso entre la persona que se cuida y el que es cuidado, se basa en la confianza que se dan ambos, personal de Enfermería y cuidador principal.^{90, 91} Mediante el compromiso informado del proceso de cuidado el personal de Enfermería debe centrarse en el cuidador principal para a través del interrogatorio minucioso identificar sus necesidades, evitar las conjeturas y comprender el significado que le confiere a este el hecho de cuidar a su familiar.

La tercera categoría denominada “*estar con*” significa estar presente con el otro, incluye estar en persona, transmitir disponibilidad, y compartir sentimientos sin abrumar a la persona cuidada, es la presencia auténtica del personal de Enfermería con el cuidador principal, donde este personal cuida a este cuidador mediante la presencia emocional. “Estar con”, es una forma de compartir los significados, los sentimientos y las experiencias vividas de la persona cuidada.^{90,91}

El “*estar con*” es una forma de Enfermería terapéutica, el personal de Enfermería tiene una presencia real en las actividades que se pretende dar con el cuidador principal para seguir adelante y una empatía de dos o más personas que busca formar un lazo de comprensión y de ayuda en los momentos más difíciles. Por ello la Enfermería no es solo una presencia física sino es el ser que tiene virtudes y que ayuda con su mensaje y forma de cuidar para que el paciente sienta su presencia y disposición en su cuidado.⁹¹

Para el alcance de la cuarta categoría “*Hacer por*”, es otra manera terapéutica de Enfermería donde esto conlleva hacer por otro lo que él, ella o ellos harían por sí mismos si ello fuera del todo posible. El cuidado “*hacer por*”, es confortador, se anticipa, protege las necesidades del otro y las ejecuta en forma hábil y competente con el fin de buscar bienestar y respetar la dignidad del paciente.^{90, 91}

“Hacer por” implícita la implementación por parte del personal de Enfermería de acciones de salud para satisfacer las necesidades de aprendizaje de los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer y su posterior valoración con el objetivo de identificar nuevos problemas.

La quinta y última categoría, denominada por Swanson como “*Posibilitar*” hace alusión a facilitar el paso del otro por las transiciones de la vida y los acontecimientos desconocidos, informar, explicar, apoyar, dar validez a sentimientos, generar alternativas, pensar las cosas detenidamente y dar retroalimentación.^{90, 91} La implementación de los cuidados brindados a estos cuidadores les provee de conocimientos necesarios para que cuide a su familiar y afecte lo menos posible su propia salud, y a través de los resultados que se obtengan de los cuidados brindados se les proporciona bienestar; no obstante si algunas de las necesidades no quedan satisfechas, por medio del mecanismo de retroalimentación se logrará cumplir las expectativas.

La autora al adentrarse en la obra de Swanson la asume ya que propone, que los procesos de los cuidados se superponen, y cada uno es componente integral de la estructura de los cuidados. Por tanto, los cuidados se basan en el mantenimiento de una creencia básica de las personas, apoyada por el conocimiento de la realidad⁹² de los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada, expresada por estar tanto física como de manera emocional presentes y representada por “hacer por” y “posibilitarles” el bienestar.

Con respecto a los fenómenos de interés fundamentales en la disciplina enfermera Swanson define *enfermería*, como la “*disciplina conocedora de los cuidados para el bienestar del otro*”; afirma que la disciplina de la enfermería está fundada por el conocimiento empírico de la Enfermería y de otras disciplinas relacionadas, así como por el conocimiento ético, personal y estético derivado de las humanidades, la experiencia clínica, los valores y expectativas personales y sociales.^{84, 85}

Según Swanson las *personas* son “*seres únicos que están en proceso de creación y cuya integridad se completa cuando se manifiestan en pensamientos, sentimientos y conductas.*” Son seres dinámicos, en crecimiento, espirituales, que se auto reflejan y que anhelan estar conectadas con otros. Es de señalar que a la persona le influyen tres áreas: la herencia genética, cualidades espirituales y capacidad para ejercer el libre albedrío; lo que quiere decir que son íntegros, crecen en la medida que el medio ambiente les moldea y el autorreflejo que crean de este conocimiento. ^{90,91}

La herencia genética tiene que ver con las características genotípicas y cariotípicas del ser. La cualidad espiritual se relaciona con el alma, el espíritu santo y la energía positiva. El libre albedrío es la opción y la capacidad de decidir cómo actuar cuando se encaran una variedad de posibilidades, y aclara que estas posibilidades en ocasiones se limitan como algo sobreestimado. Por tanto según Swanson, admitirlo exige a la disciplina Enfermería que acepte la individualidad y que tenga en cuenta todo un abanico de posibilidades que son aceptables o deseables para las personas a las que atienden las enfermeras. ⁹⁰

Además, Swanson postula que al otro a quien le sirve la disciplina Enfermería, se refiere a familias, grupos y sociedades. Así, con esta comprensión de la persona, las enfermeras reciben el mandato de asumir papeles de liderazgo en la lucha por los derechos humanos, la igualdad del acceso a la asistencia sanitaria y otras causas humanitarias. ⁹⁰

Otro aspecto de interés que aborda Swanson en su teoría del cuidado es la *salud y bienestar*, es “*vivir la experiencia subjetiva y llena de significado de plenitud*”. La plenitud implica una sensación de integridad y de desarrollo en el que todas las facetas del ser pueden expresarse de forma libre.

Considera el restablecimiento del bienestar como un complejo proceso de cuidados y curación que incluye “desprenderse del dolor interno, establecer nuevos significados, restaurar la integridad y salir con un sentimiento de renovada plenitud”. ^{90,91}

Otro fenómeno considerado por Swanson es el *entorno*, el cual lo define como “*cualquier contexto que influye y que es influido por el paciente*”; la teórica afirma que hay muchos tipos de influencias sobre el entorno, como los aspectos culturales, sociales, biofísicos, políticos y económicos. Además Swanson plantea que los términos entorno y persona-cliente en Enfermería pueden verse de forma intercambiable.^{90,91}

Swanson con su teoría intenta responde a la pregunta: ¿Cómo hacen los enfermeros lo que están haciendo? Con esta pregunta Swanson se enmarca como teorizadora de la escuela de la interacción junto a otras pensadoras de la disciplina como: Hildegard Peplau, Ida Orlando, Joyce Travelbee, Ernestine Wiedenbach e Imogene King. Los sustentos de sus teorías determinaban como centro de interés en la persona y el cuidado.⁹³

La autora coincide con Andershed B y Olsson K en estudio realizado en el año 2009 ya que al sistematizar la obra de Swanson se evidencia que Estados Unidos es el país con más publicaciones relacionada con esta teoría; seguido de Europa, Canadá, Australia/Nueva Zelanda, Asia e Israel.⁹⁴ Entre los países latinoamericanos se incluyen Chile,⁹⁵ Colombia,^{96, 97, 98, 99, 100, 101, 102} Perú.¹⁰³

Andershed B y Olsson K reportaron que los estudios se han publicado en 62 revistas diferentes y son las más frecuentes la Journal of Advanced Nursing, Nursing Science Quarterly, Advanced Nursing Science, y con menos frecuencias en Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, Research in Nursing Health, Nursing Research, Journal of Nursing Scholarship, Journal of Clinical Nursing y Journal of Nursing Education.⁹⁴

Se considera que la Teoría de los Cuidados de Swanson tiene gran aceptación entre los profesionales de la salud, muestra de ellos son los autores que han utilizado la teoría en la investigación, en la educación y en la práctica clínica.^{91, 96, 97}

Andershed B y Olsson K en su estudio evidencian la realización de estudios empíricos no solo en el cuidado de la salud del niño y la mujer, sino también dentro de otros contextos como el cuidado de emergencia e intensivo, la oncología, el cuidado paliativo, la psiquiatría, el cuidado al adulto mayor, así como dentro del área de educación.⁹⁴

Conclusiones del capítulo:

El aumento de la longevidad y la expectativa de vida son aspectos a los cuales hay que prestarle la debida atención, ya que traen consigo la aparición de problemas de salud asociados a la edad. Esto acarrea la aparición de enfermedades no transmisibles entre las que se encuentran las enfermedades demenciales, y es la más frecuente en nuestro medio la enfermedad de Alzheimer.

Es fundamental la preparación actualizada y sistémica del cuidador principal guiado por el personal de Enfermería que le permita adquirir los conocimientos y habilidades necesarias para el cuidado del paciente con enfermedad de Alzheimer a partir de la teoría de los cuidados de Kristen Swanson.

**CAPITULO 2. CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO ACTUAL DE LOS
CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE
ALZHEIMER LEVE Y MODERADA**

CAPITULO 2. CARACTERIZACIÓN DEL ESTADO ACTUAL DE LOS CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER LEVE Y MODERADA

En el capítulo se presenta la caracterización del estado actual de los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada, en el Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”, del municipio Guanabacoa. Se determinan las dimensiones e indicadores de la variable que se investiga y se analizan los resultados que se obtienen a partir de las indagaciones que se realizan al personal de Enfermería y a los cuidadores principales, en relación con el campo de acción de la investigación. Mediante la triangulación metodológica se muestran problemas y potencialidades.

2.1. Determinación y operacionalización de la variable de estudio

La operacionalización es el proceso mediante el cual el investigador define las categorías y/o variables del estudio, tipos de valores (cuantitativos o cualitativos) que estos podrían asumir y los cálculos a realizar para obtener los valores de los indicadores concebidos, ¹⁰⁴ es el proceso de llevar una variable del nivel abstracto a un plano concreto para hacerla medible. ¹⁰⁵

Se tuvo en cuenta la sistematización realizada en el capítulo uno, en lo referente a los fundamentos teóricos de la enfermedad de Alzheimer y los síntomas afectivos manifestados en ansiedad y depresión en los cuidadores principales, los resultados de este análisis se socializaron con especialistas en el área, lo cual permitió la identificación y mejor comprensión de los resultados obtenidos en la caracterización del estado actual de la variable.

A partir de este análisis la autora operacionaliza como variable de estudio el cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer leve y moderada; con el objetivo de ganar en claridad se define como: “la persona que se hace responsable del cuidado del paciente con enfermedad de Alzheimer, que generalmente no está capacitado, pero le proporciona la asistencia y apoyo diario

desde su entorno, el cual presenta síntomas afectivos manifestados en ansiedad y depresión; y se le dificulta o imposibilita realizar actividades personales o sociales”.

En la determinación de las dimensiones constituyen contenidos esenciales el asumir de Álvarez CM en el año 1999, que “la dimensión es la proyección de un objeto o atributo en una cierta dirección” o según González D y Valcárcel N en el año 2001 “(...) aquellos rasgos que facilitarán una primera división dentro del concepto es decir, las diferentes partes o atributos a analizar en un objeto, proceso o fenómeno expresado en un concepto o diferentes direcciones del análisis”.¹⁰⁴

Desde la variable identificada y sus características, se derivan dos dimensiones:

Dimensión No.1. Conocimiento sobre la enfermedad de Alzheimer, es el saber obtenido por experiencia vivida o por el equipo de salud u otros medios de comunicación sobre la enfermedad de Alzheimer.

Dimensión No.2 Síntomas afectivos, las respuestas anímicas o emocionales disonantes o inapropiadas en relación con la conducta y/o el estímulo.

Al analizar la definición de la variable y sus dos dimensiones, se brinda una información detallada acerca de cómo se comportan éstas, lo cual se puede obtener con la determinación de indicadores que permiten hacerlas medibles. La autora coincide con González D y Valcárcel N en el año 2001 citado por Silas A en el año 2017, expresan que los indicadores “... son datos operativos medibles, que expresan manifestaciones externas del objeto. Si se valoran las relaciones entre dimensiones e indicadores, se puede considerar que ambos se asocian al concepto (variable) y además, tal vez lo más importante es que cada dimensión constituye una agrupación de indicadores”¹⁰⁴

La autora realizó la operacionalización de la variable como se observa en el Anexo 1 y 1.1, además se utilizaron variables sociodemográficas para los tres grupos de participantes. (Anexos 2, 2.1 y 2.2)

2.2. Aspectos éticos

La investigadora puso en conocimiento a las autoridades administrativas y de salud de la institución el estudio a llevar a cabo en el área, a los que se les dio a conocer los propósitos de la Intervención Personalizada de Enfermería. El estudio fue aprobado por la Comisión de Ética del Consejo Científico de la Facultad de Enfermería “Lidia Doce” y del Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”, todos los cuidadores principales de los pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderado que aceptan, firman con anticipación la solicitud del consentimiento de participación (Anexo 3).

Cada participante de la investigación fue informado acerca de los objetivos del estudio, procedimiento, beneficios y su libertad a formar parte de la misma y retirarse en cualquier momento si así lo estimaran pertinente, sin que su decisión afectará las relaciones con el personal de salud a cargo de la misma; además se les pidió el compromiso de no participar en ninguna otra investigación dentro de los tres meses que se desarrollara la misma.

Los datos primarios, así como los resultados de la investigación fueron utilizados sólo por el equipo de investigación que atiende al cuidador principal, en la más estricta confidencialidad. En cada visita que se realizó al cuidador principal se concilió las orientaciones o criterios involucrados en las acciones de la intervención, sin imposiciones ni consejos directivos.

2.3. Resultados de los instrumentos aplicados

2.3.1. Identificación de los conocimientos teóricos del personal de Enfermería

Con el objetivo de identificar los conocimientos sobre los aspectos teóricos de la enfermedad de Alzheimer, los modelos y teorías de cuidados y su vinculación a la práctica en la Atención Primaria de Salud se aplicó un cuestionario de conocimiento (anexo 4) a 20 enfermeras que labora en el Policlínico Docente “Julio Antonio Mella” mediante un conjunto de preguntas cerradas y mixtas.

El instrumento permite la obtención de datos clasificados en dos enunciados, ellos son: caracterización de la población de estudio y datos relacionados con los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer. El mismo fue aplicado en el puesto de trabajo y en horario seleccionado por la investigadora para que no influenciara en su labor diaria.

Los resultados obtenidos del instrumento aplicado, demuestran en la tabla 1, según la distribución de las variables de caracterización, que en la población estudiada predomina el sexo femenino con edades entre la cuarta y la quinta década sin formación postgraduada con una diferencia de un 20.0% con los que la poseen, estos resultados evidencian la necesidad de incorporar al personal de Enfermería que labora en el centro en la educación postgraduada, no obstante en el estudio predominó como figura del postgrado el diplomado.

Tabla 1. Distribución del personal de Enfermería según variables de caracterización. Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”. 2016.

| Edad | Sexo | | | | Formación Postgraduada | | | |
|--------------|---------------|----------|---|-----------|------------------------|------|----|------|
| | Rango en años | Femenino | % | Masculino | % | Si | % | No |
| 29 - 39 | 2 | 10.0 | 0 | 0.0 | 2 | 10.0 | 0 | 0.0 |
| 40 - 50 | 13 | 65.0 | 0 | 0.0 | 5 | 25.0 | 8 | 40.0 |
| Más de 50 | 4 | 20.0 | 1 | 5.0 | 1 | 5.0 | 4 | 20.0 |
| Total (N=20) | 19 | 95.0 | 1 | 5.0 | 8 | 40.0 | 12 | 60.0 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento

En el tabla 2 se evidencia que el 75.0% posee titulación de Licenciada en Enfermería, el 70.0% laboran como enfermeras (os) en función asistencial con un ejercicio profesional de 30 años y más.

Tabla 2. Distribución del personal de Enfermería según años de graduado, titulación y categoría profesional. Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”. 2016.

| Ejercicio Profesional | Titulación | | | | Categoría Profesional | | | |
|-----------------------|----------------|---------------|----------------------------|------|-----------------------|-----|-----------|------|
| | Rangos en años | Técnico Medio | Licenciatura en Enfermería | | Asistencial | | Gerencial | |
| 20 - 24 | 0 | 0.0 | 3 | 15.0 | 1 | 5.0 | 2 | 10.0 |

| | | | | | | | | |
|-----------------|---|------|----|-------------|----|-------------|---|------|
| 25 - 29 | 2 | 10.0 | 3 | 15.0 | 3 | 15.0 | 2 | 10.0 |
| 30 y más | 3 | 15.0 | 9 | 45.0 | 10 | 50.0 | 2 | 10.0 |
| Total (N=20) | 5 | 25.0 | 15 | 75.0 | 14 | 70.0 | 6 | 30.0 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento

Con relación a las variables relacionadas con los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer, el 90.0 % del personal de Enfermería encuestado considera que los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer requieren la atención del personal de Enfermería, lo que significa que en su mayoría coinciden que es un aspecto fundamental, sin embargo, la fundamentación de la respuesta afirmativa es insuficiente y solo explican que es bueno para la salud del cuidador principal.

En la investigación se evidencia la falta de estudio de los instrumentos que se utilizan para identificar las implicaciones sociales, psicológicas, económicas en el cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer durante su formación de pregrado, solo el 40.0 % afirma que estudiaron estos instrumentos en estudios de postgrado, lo que les permite utilizarlos en la labor que realizan en su área de salud.

Al analizar los resultados obtenidos se pone de manifiesto la falta de estudio de los modelos y teorías de cuidados que sustentan la labor de Enfermería durante su formación de pregrado en la población estudiada, el 65.0 % aciertan que estudiaron los modelos y teorías de Enfermería pero de manera general. Estas entrevistadas consideran que la vinculación de los modelos y teorías de cuidados a su práctica asistencial beneficiaría al cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer.

La aplicación de los fundamentos filosóficos y teorías de Enfermería en la práctica clínica de esta disciplina es posible; no solo constituye un instrumento teórico de perfeccionamiento de la atención al paciente sino que permite una visión más amplia, profunda y abarcadora de la Enfermería para la

práctica que viabiliza el camino a la excelencia en la atención al individuo, la familia y la comunidad.

106

La investigadora considera que el escaso conocimiento del personal de Enfermería encuestado hacia los modelos y teorías de los cuidados se debe a que un grupo de ellos no son Licenciadas(os) en Enfermería y los titulados cursaron estudios con planes anteriores al actual. Es de señalar que a pesar de esta situación son conocedores del trabajo en la Atención Primaria de Salud.

La tabla 3 refleja que el 75.0 % del personal de Enfermería consideró que las acciones que se le brindan al cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer están enfocadas a informar la enfermedad y las necesidades del enfermo, promover la implicación familiar, educar sobre la actuación ante los problemas físicos y conductuales, prestar atención a la salud física y psicológica del cuidador principal, cumplir tratamiento médico e informar sobre la red de apoyo social.

Tabla 3. Distribución de acciones realizadas por el personal de Enfermería al cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer. Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”. 2016.

| Acciones de Enfermería | Frecuencia | % |
|---|-------------------|-------------|
| Informar sobre la enfermedad y las necesidades del enfermo | 6 | 30.0 |
| Promover la implicación familiar | 1 | 5.0 |
| Educar sobre la actuación ante los problemas físicos y conductuales | 2 | 10.0 |
| Prestar atención a la salud física y psicológica del cuidador principal | 2 | 10.0 |
| Cumplir tratamiento médico | 4 | 20.0 |
| Informar sobre la red de apoyo social | 2 | 10.0 |
| No refieren acciones | 3 | 15.0 |
| Total (N=20) | 20 | 100 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento

El 100.0 % del personal de Enfermería encuestado coincidió que es necesario un curso de postgrado para capacitarse sobre la enfermedad de Alzheimer, los modelos y teorías, y su vinculación con el cuidador principal. La autora coincide con Vázquez Y en el año 2017⁵⁰ en que el

resultado obtenido tiene una implicación positiva al necesitar una guía metodológica o conceptual para realizar una práctica científica, estandarizar diagnóstico, intervenciones y resultados.

Al analizar los resultados anteriores la autora identifica como principales dificultades el desconocimiento de los instrumentos que se utilizan para identificar las implicaciones sociales, psicológicas y económicas en el cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer; el poco conocimiento de los modelos y teorías de cuidados que sustentan la labor de Enfermería; las escasas acciones enunciadas para brindar al cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer y la necesidad de desarrollar la superación de postgrado para el personal de Enfermería.

Por ello se diseñó y validó por el Consejo Científico de la Facultad de Enfermería Lidia Doce un curso de postgrado titulado: "Labor del equipo de salud con la familia y cuidador principal de pacientes con enfermedad de Alzheimer", con posterioridad se impartió con el objetivo de capacitar al personal de Enfermería sobre el tema (Anexo 5). Durante el curso se tuvo en cuenta los aspectos relacionados con la comunicación, tales como: la empatía, la persuasión, las reglas de oro de la comunicación. Se confeccionó en conjunto con los cursistas el "Glosario de términos para el trabajo con el cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer" (Anexo 5.1) y materiales impresos que facilitan la comprensión de la información (Anexo 5.2).

2.3.2. Cuestionario sociodemográfico y clínico al cuidador principal

En el proceso de la investigación se utilizó el Cuestionario socio demográfico y clínico (anexo 6) es de amplio uso a nivel nacional e internacional en investigaciones relacionadas con las demencias, se aplicó por el Grupo de Investigación en Demencias 10/66 realizado en 24 países, incluido Cuba,¹⁰⁷ se aplicó previo al consentimiento de los cuidadores principales, con el objetivo de obtener información de los pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada, y de los cuidadores

principales para obtener variables sociodemográficas y clínicas que facilitan su caracterización inicial.

La caracterización de los pacientes con enfermedad de Alzheimer mostró un predominio del grupo de edades de 80 años y más, 60.5%; continuado por el de 75-79 años con un 16.0%, y con un 8.0% los grupos de edades de 65-69 años y 70-74 años. La media de edad fue de 79.22 y una desviación típica de 6.334, significa que el promedio el grupo de edades se ubica en 79.22 años. Así mismo se desvía de 79.22 en promedio 6,334 unidades respecto a la media. El 63.0% son mujeres y solo el 37.0% son hombres. El 63.0% de los pacientes se encontraban en un estadio moderado, mientras que el 37.0% se encontraba en el estadio leve de la enfermedad. (Tabla 4)

En el estado civil predominó con el 45.7% los pacientes viudos (as), seguido de los casados (as) con el 29.6%; los divorciados (as) y solteros (as) con el 14.8% y 9.9% respectivamente. En el comportamiento del nivel de escolaridad las categorías hasta secundaria terminada, 64.2%; y preuniversitario terminado, 29.6% fueron las que más aportaron al estudio, seguidas del nivel superior con un 6.2%. (Tabla 4)

Los resultados de los grupos de edades, sexo y estado civil se relacionan con los encontrados por otros investigadores del ámbito internacional ^{108, 109, 110, 111, 112} y nacional. ^{4, 113} Con relación al nivel educacional estos resultados se corresponden por los obtenidos por la autora en investigación anterior, ^{15, 107} no coincide con otros estudios ^{4, 108, 110} en los que predominan los pacientes con nivel de escolaridad primaria, la causa de esta no coincidencia radica que Cuba en el 1962 aplicó a nivel nacional una campaña de alfabetización a toda la población, no así en los países comparados.

En Cuba según la Oficina Nacional de Estadística e Información ⁵ la enfermedad de Alzheimer es la sexta causa de muerte con 17.3%; en la presente investigación el predominio del grupo de edades

de 80 años y más, se puede relacionar con el aumento de la esperanza de vida de la población, en la cual las mujeres son más longevas que los hombres.

Al sistematizar otros estudios relacionados con el tema ¹¹⁴ se evidencia que el estrógeno en la mujer es un factor protector, y en esta etapa de la vida no se segrega esta hormona que tiene efectos antioxidantes y antiinflamatorios. Otro aspecto a tener en cuenta es en la enfermedad de Alzheimer no familiar o esporádica, el gen de la apolipoproteína E4 (ApoE) localizado en el cromosoma 19 es el factor genético de riesgo relacionado con el sexo. El bajo nivel educacional se asocia con incremento del riesgo de deterioro cognitivo y demencia. ³

Tabla 4. Características sociodemográfica y clínica de los pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada. Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”. 2016.

| Variables de los pacientes | | n | % |
|----------------------------|----------------------------|----|------|
| Grupo de edades | 65 – 69 años | 8 | 9.9 |
| | 70 – 74 años | 8 | 9.9 |
| | 75 – 79 años | 16 | 19.8 |
| | 80 años y más | 49 | 60.5 |
| Sexo | Femenino | 51 | 63.0 |
| | Masculino | 30 | 37.0 |
| Estado civil | Soltera(o) | 8 | 9.9 |
| | Casada(o) | 24 | 29.6 |
| | Viuda(o) | 37 | 45.7 |
| | Divorciada(o) | 12 | 14.8 |
| Estadio de la enfermedad | Leve | 30 | 37.0 |
| | Moderada | 51 | 63.0 |
| Nivel educacional | Hasta secundaria concluida | 52 | 64.2 |
| | Preuniversitario concluido | 24 | 29.6 |
| | Nivel superior concluido | 5 | 6.2 |

Media de edad 79.22 dt: 6.334 Fuente: Cuestionario sociodemográfico y clínico

En el análisis efectuado a las características sociodemográficas de los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer, el grupo que prevaleció fue el de 60 años y más con un

35.8%. La edad media fue de 52.38 y una desviación estándar de 13.456; significa que en promedio el grupo de edades se ubica en 52.38 años. Así mismo se desvía de 52.38 en promedio 13.456 unidades respecto a la media. De los 81 cuidadores principales estudiados el 62.0% perteneció al género femenino, es bueno resaltar que a pesar que a la mujer se le atribuye la responsabilidad del cuidado en el hogar, el 19.0% de los cuidadores principales fueron hombres. El número de cuidadores principales casados(as) fue mayor con un 64.2%; seguido de los divorciados(as) y solteros(as) con 17.3% y 16.0% respectivamente, y en un 2.5% los viudos(as). (Tabla 5)

En relación al nivel educacional los resultados evidencian que predominó entre los cuidadores principales el preuniversitario terminado con un 60.5%, seguido por un 24.7% el nivel universitario y solo el 14.8% correspondió al nivel educacional de hasta secundaria concluida. El 43.3% de los cuidadores principales son las hijas(os) de los pacientes diagnosticados con enfermedad de Alzheimer, seguido de las esposas(os) con un 34.6% y un 22.2% en otros, categoría que agrupa a otros familiares como hermanos, sobrinos, nietos, nueras. (Tabla 5)

En la población estudiada se encontró una distribución según cantidad de hijos que favoreció a los cuidadores principales con dos o más hijos en un 43.2%; seguido por los que tenían un solo hijo con un 38.3% y los que no tenían ningún hijos con un 18.5%. En relación al vínculo laboral los resultados evidencian que predominaron los cuidadores principales que no trabajaban con un 61.7%, seguido por los que tenían vínculo laboral con un 38.3%. Al comparar estos estudios tanto en el ámbito nacional ^{15, 107, 113} como internacional ¹⁰⁹ se obtienen similares resultados para las variables grupo de edades, sexo, estado civil, vínculo con el paciente y vínculo laboral.

En el nivel de escolaridad, estudios realizados por Rosdinom R ¹⁰⁸, Pérez M ¹¹⁵ y la autora ^{15, 107} obtuvieron resultados similares, no así las investigaciones realizadas por Kwo-Chen L ¹¹⁶ y otros autores ^{64, 110, 117} del ámbito internacional en el cual predominan los cuidadores iletrados y con

primaria sin terminar; en contradicción a los estudios llevados a cabo en Cuba donde el mayor porcentaje de cuidadores tienen nivel escolar de secundaria básica ¹¹³ y universitaria, ¹¹⁸ lo que guarda relación con la voluntad política del gobierno cubano de garantizar la accesibilidad a la educación.

La autora considera que la presencia de cuidadores principales con 60 años y más los hace vulnerables porque son ancianos que cuidan de otros ancianos; el predominio del sexo femenino se debe a pesar de que la mujer tiene un rol protagónico en la sociedad, aún existen criterios heredados de generaciones pasadas que la enmarcan en la responsabilidad del cuidado. No obstante, si se trata de velar por la salud de los padres, solo los hijos (as) son capaces de renunciar a la vida familiar, laboral y social aun en detrimento de su salud psíquica y física; y es que esta labor requiere tiempo y dedicación, además los cuidadores sienten que es una deuda de gratitud con sus seres queridos.

Las diferencias observadas en el nivel educacional pudiera estar relacionada con la preocupación del estado cubano por elevar el nivel de escolaridad de su población y es esto un factor protector para la salud de los cuidadores principales porque cuentan con más recursos desde el punto de vista cognitivo para enfrentar el cuidado y con mayor acceso a la información necesaria para asumir esta labor.

Tabla 5. Características sociodemográfica y clínica de los cuidadores principales. Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”. 2016.

| Variables de los cuidadores principales | | n | % |
|---|------------------|----|------|
| Grupo de edades | Menos de 30 años | 5 | 6.2 |
| | 30-39 años | 10 | 12.3 |
| | 40-49 años | 22 | 27,2 |
| | 50-59 años | 15 | 18.5 |
| | 60 años y más | 29 | 35.8 |

| | | | |
|-------------------------|----------------------------|----|------|
| Sexo | Femenino | 62 | 76.5 |
| | Masculino | 19 | 23.3 |
| Estado civil | Soltera(o) | 13 | 16.0 |
| | Casada(o) | 52 | 64.2 |
| | Viuda(o) | 2 | 2.5 |
| | Divorciada(o) | 14 | 17.3 |
| Nivel educacional | Hasta secundaria concluida | 12 | 14.8 |
| | Preuniversitario concluido | 49 | 60.5 |
| | Nivel superior concluido | 20 | 24.7 |
| Vínculo con el paciente | Esposa(o) | 28 | 34.6 |
| | Hijos(a) | 35 | 43.2 |
| | Otros | 18 | 22.2 |
| Cantidad de hijos | Ninguno | 15 | 18.5 |
| | Un hijo | 31 | 38.3 |
| | Dos o más hijos | 35 | 43.2 |
| Vínculo laboral | No Trabaja | 50 | 61.7 |
| | Trabaja | 31 | 38.3 |

Media de edad 52.38 dt: 13.456 Fuente: Cuestionario socio demográfico y clínico

En la tabla 6 se muestra otras características sociodemográficas y clínicas de los cuidadores principales. El 37.0% de los cuidadores principales brindaban cuidados en un período de 2 a 4 años después de haber sido diagnosticada la enfermedad, seguido de un 32.1% realizando esta labor por un período mayor a cuatro años. El 79.0% de los cuidadores principales dedican más de 12 horas diarias al cuidado del paciente con esta enfermedad.

A pesar que el 76.5% se dedicaba al cuidado de un solo enfermo es significativo destacar que el 23.0% tiene a su cargo dos y hasta tres personas a los cuales les proveía los cuidados; el 75.3% cuida por lazos afectivos, seguido del 21.0% y 3.7% que realiza esta labor porque no había otra persona que se hiciera cargo del enfermo y por interés económico, respectivamente.

En relación al apoyo recibido el 71.6% de los cuidadores principales estudiados si reciben apoyo. El 85.2% de estos cuidadores padece alguna enfermedad no transmisible y el 12.8% no presenta

deterioro físico mental de su salud. Algunas de las enfermedades no trasmisibles presentes en los cuidadores principales estudiados se encontró la hipertensión arterial para el 71.6%; la diabetes mellitus con el 67.9%; los problemas respiratorios para el 55.6%; problemas óseos y musculares en el 53.1%; problemas cardiacos para el 42.0%; nerviosos el 27.2%; cefalea en el 19.8% y otros para un 4.9%; representados por entidades como el alcoholismo, la diverticulitis y una cuidadora principal con cáncer de mama.

Resultados similares relacionados con el tema fueron obtenidos por investigadores del ámbito internacional ^{64, 116, 117} y nacional ^{15, 107, 113, 115, 118}. Estudio realizado en España en el año 2009 ¹¹⁷ demostró que un 16.8% cuida a dos pacientes y un 5.2 % a más de dos. La autora al liderar el estudio titulado Relación entre estadios, síntomas psicológicos-conductuales y depresión en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer ¹⁵ evidencia que los cuidadores principales en su mayoría brindaban cuidados a los pacientes con enfermedad de Alzheimer entre 2 y 4 años, por más de 12 horas al día, el 77.1% padecía de alguna enfermedad no transmisible y la mayoría no recibían apoyo por parte de familiares o amigos. Es de destacar con relación al apoyo recibido que los cuidadores suelen identificar como ayuda el obtener beneficio monetario por parte de un familiar o por medio del trabajador social, más allá de contar con una persona que los ayude en el cuidado del paciente con enfermedad de Alzheimer o a realizar otros deberes del hogar e incluso que en ocasiones lo sustituya.

Espín M ¹¹⁸ demostró que los problemas de salud predominantes en una muestra de 61 cuidadores informales de personas que padecen demencia fueron problemas nerviosos en el 31.1%; seguidos de los problemas óseos y musculares para el 23.0 % y las cefaleas en el 19.6 %; no coinciden con los resultados del presente estudio. La autora considera que el hecho de cuidar a un paciente con enfermedad de Alzheimer por un largo período, puede estar determinado por el tiempo de evolución

de la enfermedad, en ocasiones no existen cuidadores anteriores que asuman este rol, y son los hijos los responsables del enfermo hasta su fallecimiento.

La autora al sistematizar estudiosos del tema asume que el cuidador principal al dedicar tantas horas al cuidado del paciente con enfermedad de Alzheimer, junto a otras labores que realiza en el hogar abandona sus quehaceres diarios (alimentación, higiene, reposo descanso, sueño, recreación, entre otras). Esto repercute en su estado psíquico y físico; y esta afectación pudiera ser considerable si se tiene en cuenta que hay cuidadores principales que tienen a su cargo dos o más personas, por lo que se incrementan las labores a realizar.

Estudio realizado por Moral-Fernández L ¹¹⁹ evidencia que la persona cuidadora es elegida por su situación, entre ella: ser familiar y mujer; por voluntad ya que poseen experiencia previa; para no romper la armonía familiar; por el sentido de la responsabilidad; por una correspondencia mutua entre el cuidador y el enfermo, y evitar así la soledad; por el amor y apego con su familiar; por interés material, por falta de alternativa y por culpa o vergüenza al intentar enmendar errores del pasado.

Los problemas de salud que presentan los cuidadores principales pudieran estar relacionados con el grupo de edad predominante en el estudio (60 años y más), los cuales generalmente son portadores de alguna enfermedad crónica no transmisible, la cual se agudiza por la labor que realizan a diario.

Tabla 6. Características sociodemográficas y clínicas de los cuidadores principales. Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”. 2016.

| Variables de los cuidadores principales | | n | % |
|---|-------------------------------------|----|------|
| Tiempo brindando cuidados | 3 meses - 1 año, 11 meses y 29 días | 25 | 30.9 |
| | 2 a 4 años | 30 | 37.0 |
| | Más de 4 años | 26 | 32.1 |
| Horas dedicadas al cuidado | Hasta 12 horas | 17 | 21.0 |
| | Más de 12 horas | 64 | 79.0 |

| | | | |
|--|-------------------------------|----|------|
| Cuidado de otras personas | Si | 19 | 23.5 |
| | No | 62 | 76.5 |
| Motivos por los que cuida | Por lazos afectivos | 61 | 75.3 |
| | no hay más nadie que lo cuide | 17 | 21.0 |
| | Por interés económico | 3 | 3.7 |
| Apoyo recibido | Si | 58 | 71.6 |
| | No | 23 | 28.4 |
| Diagnóstico de enfermedades no transmisibles | No Presenta | 12 | 14.8 |
| | Presenta | 69 | 85.2 |
| | Hipertensión Arterial | 58 | 71.6 |
| | Diabetes Mellitus | 55 | 67.9 |
| | Problemas respiratorios | 45 | 55.6 |
| | Problemas óseos y musculares | 43 | 53.1 |
| | Problemas cardiacos | 34 | 42.0 |
| | Problemas nerviosos | 22 | 27.2 |
| | Cefalea | 16 | 19.8 |
| | Otros | 4 | 4.9 |

Fuente: Cuestionario socio demográfico y clínico

2.3.3. Encuesta diagnóstica de conocimientos de los cuidadores principales en relación con la enfermedad de Alzheimer

Se aplicó una encuesta diagnóstica de conocimiento diseñada y validada por la Dra. C. Vázquez Y en el 20017 ⁵⁰ y modificada por la autora para dar cumplimiento a los objetivos de la investigación, se identifican los conocimientos que poseen los cuidadores principales sobre la enfermedad de Alzheimer, las acciones que brinda a este paciente en relación con los síntomas psicológicos y conductuales, y las necesidades sentidas respecto al cuidado de este paciente.

La encuesta fue diseñada al tener en cuenta criterios del equipo de investigación, el instrumento se diseñó con tres bloques de preguntas, la primera relacionada con aspectos de la enfermedad de Alzheimer, la segunda le correspondió a las acciones que le brinda a este paciente ante la presencia de los síntomas psicológicos y conductuales y la tercera interrogaba sus necesidades sentidas.

Una vez diseñado el instrumento se consultó a la investigadora principal, autora del instrumento y el resultado de la primera ronda de consulta sugiere modificar los términos “terapia no farmacológica”, “deluciones” y “desinhibición”. Se corrige lo señalado, para lo cual se sustituye el término “terapia no farmacológica” por “tratamiento de la enfermedad”, al término deluciones se le agrega entre paréntesis “percepción distorsionada de la realidad”, lo mismo sucede con el término desinhibición que se especifica entre paréntesis “conducta inadecuada”. Después de corregido los términos sugeridos, se reenvía para la realización de la segunda ronda y fue evaluado de adecuado al tenerse en cuenta que es viable por la sencillez del lenguaje, la claridad de las preguntas y el corto tiempo que se necesita para responder.

El diseño del instrumento estuvo caracterizado por el dominio específico del contenido del tema a evaluar, correlación de preguntas con los temas a evaluar, distribución porcentual de los formatos, preguntas por temas y puntaje por preguntas. Todos estos elementos evaluados responden a la consistencia interna del instrumento. A posterior se realizó una prueba piloto a doce cuidadoras principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer que asistieron a la Consulta de Geriatria en el policlínico Docente Julio Antonio Mella, el objetivo perseguido por la autora fue comprobar en la aplicación práctica la asequibilidad de la escala diagnóstica, lo cual logró resultados favorables que respaldó la solidez externa del instrumento utilizado. (Anexo 7)

Los resultados del cuestionario aplicado se presentan en la tabla 7, el 43.2 % de los cuidadores principales responden de manera afirmativa que poseían conocimiento de la enfermedad de Alzheimer, de ellos el 17.3 % conocía los síntomas y el 28.4 % identifican haber recibido información sobre el tratamiento de la enfermedad de su familiar, por medio del médico, amigos y vecinos, y los medios audiovisuales (radio y la televisión); no obstante consideran que la información recibida no es suficiente, manifiestan no conocer la conducta a seguir para afrontar los síntomas que presenta

su familiar. Similares resultados se reportan en estudios realizados en el ámbito nacional ^{120, 121} e internacional. ^{122, 123}

Tabla 7. Distribución de los conocimientos según enfermedad de Alzheimer, síntomas y tratamiento. Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”. 2016.

| Conocimientos | Enfermedad de Alzheimer | % | Síntomas | % | Tratamiento de la enfermedad | % |
|----------------------|--------------------------------|----------|-----------------|----------|-------------------------------------|----------|
| Si | 35 | 43.2 | 14 | 17.3 | 23 | 28.4 |
| No | 46 | 56.8 | 67 | 82.7 | 58 | 71.6 |
| Total (N=81) | 81 | 100 | 81 | 100 | 81 | 100 |

Fuente: Encuesta diagnostica de conocimiento

En la tabla 8 se valora la información relacionada con el conocimiento de los síntomas psicológicos y conductuales referidas por los cuidadores principales, los que declararon lo siguiente: alteraciones del sueño, repeticiones, trastornos de hábitos alimentarios y la irritabilidad la conocían el 100 %.

La agitación o agresión la conocían el 76.0 %; las alucinaciones y las ansiedad es conocida por el 82.7 % y el 90.1 %; la desinhibición y las deluciones son conocida por el 59.3 % y 56.8 % respectivamente; la apatía para el 45.7 %, la depresión en el 39.5 % y la euforia para un 14.8 %. No obstante la totalidad de los cuidadores principales consideraron que precisaban mayor información sobre los síntomas psicológicos y conductuales.

Tabla 8. Distribución de los cuidadores principales según conocimientos de los síntomas psicológicos y conductuales. Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”. 2016.

| Síntomas psicológicos y conductuales | Si conoce | % | No conoce | % | Total | % |
|---|------------------|----------|------------------|----------|--------------|----------|
| Alteraciones del sueño | 81 | 100 | 0 | 0.0 | 81 | 100 |
| Depresión | 32 | 39.5 | 49 | 60.5 | 81 | 100 |
| Ansiedad | 73 | 90.1 | 8 | 9.9 | 81 | 100 |
| Apatía | 37 | 45.7 | 44 | 54.3 | 81 | 100 |
| Deluciones | 46 | 56.8 | 35 | 43.2 | 81 | 100 |
| Alucinaciones | 67 | 82.7 | 14 | 17.3 | 81 | 100 |
| Repeticiones | 81 | 100 | 0 | 0.0 | 81 | 100 |

| | | | | | | |
|-----------------------------------|----|------|----|------|----|-----|
| Trastorno de hábitos alimentarios | 81 | 100 | 0 | 0.0 | 81 | 100 |
| Agitación o agresión | 76 | 93.8 | 5 | 6.2 | 81 | 100 |
| Desinhibición | 48 | 59.3 | 33 | 40.7 | 81 | 100 |
| Irritabilidad | 81 | 100 | 0 | 0.0 | 81 | 100 |
| Euforia | 12 | 14.8 | 69 | 85.2 | 81 | 100 |

Fuente: Encuesta diagnóstica de conocimiento

En la tabla 9 se refleja el accionar de los cuidadores principales ante los síntomas psicológicos y conductuales de los pacientes con enfermedad de Alzheimer donde el 85.2 % realizaban acciones ante la irritabilidad, el 69.1 % ante la presencia de alteraciones del sueño, el 44.0 % al presentar el enfermo trastorno de hábitos alimentarios; en tanto el 38.3 % y el 25.9 % accionaban ante la desinhibición y la agitación o agresión, respectivamente. En menor cuantía el 16.8% estos cuidadores realizaban acciones ante las alucinaciones; el 14.8% ante la depresión y las repeticiones; el 11.1% cuando está presente la apatía y la euforia; y el 4.9% ante las deluciones. No obstante al responder de manera afirmativa estos identificaron que realizaban entre una y tres acciones para minimizar los síntomas psicológicos y conductuales en su familiar. Estas acciones eran escasas y generales entre las que se encontraron: no molestar al enfermo, ofrecerle la alimentación cuando la solicitará, cerrar las puertas para que no saliera de la casa, no dejarlo dormir la mañana.

Tabla 9. Distribución de los cuidadores principales según el accionar ante los síntomas psicológicos y conductuales. Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”. 2016.

| Síntomas psicológicos y conductuales | Si realiza | Número de acciones | % | No realiza | % | Total | % |
|--------------------------------------|------------|--------------------|------|------------|------|-------|-----|
| Alteraciones del sueño | 56 | 2 | 69.1 | 25 | 30.9 | 81 | 100 |
| Depresión | 12 | 1 | 14.8 | 69 | 85.2 | 81 | 100 |
| Ansiedad | 10 | 1 | 12.3 | 71 | 87.7 | 81 | 100 |
| Apatía | 9 | 2 | 11.1 | 72 | 88.9 | 81 | 100 |
| Deluciones | 4 | 1 | 4.9 | 77 | 95.1 | 81 | 100 |
| Alucinaciones | 13 | 2 | 16.0 | 68 | 84.0 | 81 | 100 |
| Repeticiones | 12 | 3 | 14.8 | 69 | 85.2 | 81 | 100 |

| | | | | | | | |
|-----------------------------------|----|---|------|----|------|----|-----|
| Trastorno de hábitos alimentarios | 44 | 2 | 54.3 | 37 | 45.7 | 81 | 100 |
| Agitación o agresión | 21 | 2 | 25.9 | 60 | 74.1 | 81 | 100 |
| Desinhibición | 31 | 2 | 38.3 | 50 | 61.7 | 81 | 100 |
| Irritabilidad | 69 | 2 | 85.2 | 12 | 14.8 | 81 | 100 |
| Euforia | 9 | 1 | 11.1 | 72 | 88.9 | 81 | 100 |

Fuente: Encuesta diagnóstica de conocimiento

El 100 % de los cuidadores principales encuestados identificaron como necesidades sentidas el miedo a que el familiar se pierda y el 97.5 % manifestó el manejo de los cambios intestinales, y de manera especial el estreñimiento.

La autora realiza el análisis estadístico descriptivo de la encuesta diagnóstica al tener en cuenta las puntuaciones obtenidas por las dimensiones evaluadas en el instrumento: conocimiento sobre la enfermedad de Alzheimer y las acciones que realizan los cuidadores principales ante la presencia de los síntomas psicológicos y conductuales. Estas dimensiones fueron evaluadas como suficientes cuando el promedio de las respuestas afirmativas eran igual o mayor al 70.0 % e insuficiente cuando fue menor del 70.0 %. Al tener en cuenta el accionar de estos cuidadores ante la presencia de los síntomas psicológicos y conductuales se consideró la cantidad y calidad de las acciones descritas. Para realizar la selección de los criterios expuestos con anterioridad se sistematizaron diferentes estudios.^{50, 124}

La investigadora al valorar los resultados obtuvo que los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer tenían un Insuficiente conocimiento sobre esta enfermedad y sus síntomas psicológicos y conductuales representados por un 42.9 % y 37.2 % respectivamente, al evaluar las acciones realizadas ante la presencia de estos síntomas se constató que estas eran escasas y generales en un 100.0 %. Las necesidades sentidas estuvieron constituidas por: el miedo a que el familiar se pierda y el manejo del estreñimiento.

2.3.4. Inventario de Ansiedad de Beck

Para determinar la severidad de los síntomas de ansiedad la autora siente la necesidad de aplicar el inventario de ansiedad de Beck (BAI) (anexo 8), este es un instrumento de autoinforme de 21 ítems diseñado para evaluar la gravedad de la sintomatología ansiosa. Cada ítem del BAI recoge un síntoma de ansiedad y para cada uno de ellos la persona debe valorar el grado en que se ha visto afectado por el mismo durante la última semana, para ello utiliza una escala tipo Likert de cuatro puntos que va desde 0 (Nada en absoluto) hasta 3 (Gravemente, casi no podía soportarlo).¹²⁵

Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la respuesta dada por el individuo y, tras sumar la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63.¹²⁵ La interpretación de las puntuaciones del BAI se suele basar en puntos de corte que definen diferentes niveles de gravedad de sintomatología ansiosa. La última edición del manual original del BAI propone las siguientes: 0-7 indica ansiedad mínima, 8-15 ansiedad leve, 16-25 ansiedad moderada y 26-63 ansiedad grave.¹²⁶

La tabla 10 refleja que del total de cuidadores principales que se le aplicó el inventario de ansiedad de Beck el 39.5 % presentó ansiedad mínima; mientras que la ansiedad moderada se presentó en el 32.1 %, seguida de la ansiedad leve y severa; que representa el 17.3 % y 11.1 %, respectivamente. Al analizar los ítem de la escala se obtuvo que el 28.6 % alcanzó calificaciones entre 51.9 % y 30.9 %, representada por el miedo a perder el control, nerviosismo, sensación de inestabilidad e inseguridad física, miedo a morir e incapacidad de relajarse. (Anexo 8.1)

Tabla 10. Comportamiento de la ansiedad en los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”. 2016.

| Ansiedad | N | % |
|-----------------|----------|----------|
| Mínima | 32 | 39.5 |
| Leve | 14 | 17.3 |

| | | |
|-----------------|-----------|--------------|
| Moderada | 26 | 32.1 |
| Severa | 9 | 11.1 |
| Total | 81 | 100.0 |

Fuente: Inventario de ansiedad de Beck

La autora para constatar la ansiedad que experimentan los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada valoró las subdimensiones e indicadores mediante la aplicación del cálculo de índices ponderados (Anexo 8.2), el cual obtuvo un valor aproximado de 6.86 puntos.

Otros estudios reportan resultados similares.^{81, 127, 128} El cuidador principal de pacientes con enfermedad de Alzheimer es vulnerable a presentar ansiedad como consecuencia del cuidado, esto incide de manera directa en la calidad de vida del mismo, en las relaciones con otros familiares y aumenta la posibilidad de que aparezcan enfermedades o se descompense de las mismas si ya estaba diagnosticado con anterioridad.

2.3.5. Inventario de Depresión de Beck

La autora ante la problemática tratada con anterioridad sintió la necesidad de identificar el grado de afectación de los cuidadores principales al enfrentarse a la atención de su familiar enfermo, para lo cual aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Anexo 9), este instrumento en los últimos 35 años ha sido uno de los más utilizados para evaluar la existencia o severidad de síntomas de depresión, fue validado en la década del 90 por Cuba aplicado por la Lic. Isabel Louro y un equipo de la Maestría en Psicología de la Salud.^{15, 16, 73}

El BDI consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión. En cada uno de los ítems el sujeto tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de cuatro alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, que mejor se aproxima a su estado medio durante la última semana incluyendo el día

en que completa el inventario. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y la puntuación total varía de 0 a 63. ¹²⁹

En la tabla 11 se muestra que a los 81 cuidadores principales que se les aplicó el inventario de depresión de Beck el 91.4 % de ellos presentan depresión, el 25.9 % depresión leve, el 33.3 % depresión moderada y el 32.2 % depresión grave. Al analizar los ítem de la escala se obtuvo que el 81.0 % alcanzó calificaciones entre 71.6 % y 40.7 %, representado por la irritabilidad, indecisión, enlentecimiento, tristeza, pesimismo, episodio de llanto, ideas suicidas, insomnio, insatisfacción, retirada social, fatigabilidad y culpa. (Anexo 9.1)

Tabla 11. Comportamiento de la depresión en los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”. 2016.

| Depresión | n | % |
|------------------|-----------|------------|
| No | 7 | 8.6 |
| Leve | 21 | 25.9 |
| Moderado | 27 | 33.3 |
| Grave | 26 | 32.2 |
| Total | 81 | 100 |

Fuente: Inventario de depresión de Beck

Con el objetivo de constatar la depresión que experimentan los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada se valoró las subdimensiones e indicadores mediante la aplicación del cálculo de índices ponderados (Anexo 9.2), el cual obtuvo un valor aproximado de 5.63 puntos con predominio de la categoría casi siempre se observa.

Es frecuente que el cuidador principal abandone sus proyectos para estar con el familiar enfermo, por lo que puede presentar alteraciones físicas y de su salud como son las quejas somáticas, el dolor crónico del aparato locomotor, la cefalea tensional, la astenia y la fatiga crónica, la alteración del ciclo sueño-vigilia, el deterioro de la función inmune y una mayor predisposición a úlcera péptica y a enfermedades cardiovasculares, entre otras. Es frecuente que aparezcan problemas psíquicos

como depresión, ansiedad, insomnio, y alta tasa de automedicación. Los problemas de índole socioeconómicos son otro grupo de alteraciones que puede presentar el cuidador de un enfermo con demencia, tales como conflictos familiares, problemas laborales, dificultades económicas y disminución de actividades sociales y de ocio. ¹³⁰

En investigaciones anteriores realizadas por la autora ^{15, 85} encontró que el 37.1 % de los cuidadores principales presentó depresión leve, no coinciden estos resultados con la investigación actual, puede estar relacionado con que en la población estudiada prevalecieron los pacientes que padecían demencia leve. La depresión en el cuidador se ve influida por la falta de apoyo social, carencia de recursos económicos, relaciones previas con el paciente, sentimiento de culpa, historia familiar de depresión y limitaciones psicofísicas del cuidador. Si al mismo tiempo el paciente presenta problemas conductuales como: agresividad, delirio, vagabundeo, entre otros; es más frecuente la depresión en el cuidador por el stress mantenido que ello conlleva.

2.4. Triangulación metodológica de los resultados de la caracterización de los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada

La sistematización realizada permitió identificar que la triangulación metodológica es un término usado en sus orígenes en los círculos de la navegación por tomar múltiples puntos de referencia para localizar una posición desconocida. Campbell y Fiske, son conocidos en la literatura como los primeros que aplicaron en 1959 la triangulación en la investigación. ^{131, 132}

Se asume de manera convencional que la triangulación metodológica es el uso de múltiples métodos en el estudio de un mismo objeto. Esta es la definición genérica, pero solo es una forma de la estrategia. Es conveniente concebir la triangulación metodológica al sitiar variedades de datos, investigadores y teorías, así como metodologías. ^{131, 132}

Los métodos mixtos de investigación, que surgen como fruto de la discusión entre procedimientos cuantitativos y cualitativos, también aportan a la discusión de la triangulación por la definición de la primacía o sometimiento de uno sobre el otro, sobre todo en lo que respecta a la pertinencia y propiedad de su uso en casos que le sean apropiados. ^{131, 132, 133}

La triangulación metodológica es el procedimiento que la investigadora utilizó para agrupar y comparar los datos a partir de los resultados identificados en la caracterización del estado actual (diagnóstico de entrada) realizado a los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada, y que guardan relación con la variable de estudio de la investigación.

Desde este procedimiento se identifican los siguientes **problemas y potencialidades** en los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada.

Se identifican **problemas** en:

- ✓ Un importante número de cuidadores principales no poseen conocimientos sobre la enfermedad de Alzheimer.
- ✓ Los cuidadores principales identificaron como necesidades sentidas el miedo a que el familiar se pierda y el manejo del estreñimiento.
- ✓ Le dedican mucho tiempo y horas al cuidado del paciente con enfermedad de Alzheimer leve y moderada.
- ✓ Los cuidadores principales en su mayoría padece alguna enfermedad no transmisible.
- ✓ La presencia de cuidadores principales con síntomas afectivos manifestados en ansiedad y depresión.

Dentro de las **potencialidades o resultados positivos** obtenidos en la triangulación metodológica de los resultados de los instrumentos aplicados al cuidador principal se valoraron:

- ✓ El deseo de participar en la investigación.

- ✓ El nivel educacional de los cuidadores principales.
- ✓ El apoyo social institucional.
- ✓ La generalidad de los cuidadores principales tienen solo un paciente para sus cuidados, lo que garantiza una atención personalizada.

Desde la triangulación metodológica se muestran aspectos a trabajar con los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada desde una perspectiva educativa-comunicativa:

- ✓ Intervención a los cuidadores principales sobre la base de la capacitación.

Este inventario de problemas asociados con los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada, revela la pertinencia socio-cultural y científica del tema, la necesidad de encontrar alternativas que favorezcan el cuidado. Estos resultados posibilitan la elaboración de una Intervención Personalizada de Enfermería para el cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer leve y moderada que transformen su visión del cuidado y por consiguiente minimice la ansiedad y la depresión que experimentan los mismos. Intervención a tratar en próximo capítulo.

Conclusiones del capítulo:

Los resultados de los instrumentos aplicados permitieron caracterizar al personal de Enfermería que formó parte de la investigación. Con respecto a los cuidadores principales se realizó su caracterización, se determinaron los conocimientos que poseían sobre la enfermedad de Alzheimer y los niveles de ansiedad y depresión que experimentaban, así como las acciones que realizaron según las manifestaciones clínicas de sus pacientes. Por medio de la triangulación metodológica se identifican problemas y potencialidades.

**CAPITULO 3. INTERVENCIÓN PERSONALIZADA DE ENFERMERÍA PARA LA
MODIFICACIÓN DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN CUIDADORES
PRINCIPALES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER LEVE Y
MODERADA**

CAPÍTULO 3. INTERVENCIÓN PERSONALIZADA DE ENFERMERÍA PARA LA MODIFICACIÓN DE LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN CUIDADORES PRINCIPALES DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER LEVE Y MODERADA

Este capítulo tuvo como objetivo analizar los fundamentos teóricos de la Intervención Personalizada de Enfermería para la modificación de la ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada que permita implementar la intervención diseñada y a continuación valorarla al destacar los cambios que se producen en estos cuidadores luego de ponerlo en práctica.

3.1. Intervención de Enfermería en los cuidadores principales

El rol de las personas con enfermedades no transmisibles en la comprensión y asistencia de su enfermedad ha tomado un papel importante a nivel mundial. La sistematización realizada por Hernández A en el año 2012 encontró que según la Organización Mundial para la Salud la educación es considerada un paso vital en estos pacientes. Del mismo modo, en el Reino Unido la Asociación Médica Británica estableció los programas educativos como política obligatoria en la atención de pacientes con enfermedades no curables. En Australia se instituyó un presupuesto para sustentar de manera económica estos programas, otros países como China, Canadá, Estados Unidos de América, Chile y Colombia desarrollaron programas educativos para enfermedades transmisibles y no transmisibles.¹³⁴

Intervención, según el diccionario básico escolar es el acto de tomar parte en un asunto.¹³⁵ Toda intervención supone o reconoce un problema y plantea un conjunto de acciones de las cuales se cree que tienen algún efecto sobre el problema,¹³⁶ las que dirigen a un individuo, un grupo, una familia o una comunidad, desde un sistema de conocimientos y habilidades asociadas a un campo

del saber, en este caso a las Ciencias de la Enfermería con el fin de contribuir a promover, mantener y restaurar la salud. ^{137, 138, 139}

La intervención considera dos procesos básicos: la intencionalidad, porque se inducen procesos inexistentes e imprescindibles y se potencian otros inoperantes; busca efectos predecibles que aparecen asociados a las particularidades de la intervención concebida. El otro elemento es la autoridad, asociada al reconocimiento por parte del objeto de la capacidad técnica, profesional, moral que tiene el agente de intervención de implementar la misma para incidir en el cambio. ¹⁴⁰

Desde la aparición de los primeros trabajos sobre las intervenciones con cuidadores principales a finales de los años 70 hasta la actualidad, se han desarrollado diferentes tipos de intervenciones dirigidas a reducir el malestar que representa el rol de cuidador. ¹³⁶ Estas intervenciones pueden clasificarse en psicoeducativas, psicoterapéuticas, de respiro, grupos de autoayuda e intervenciones multi componentes que combinan varias de las anteriores. ¹⁴¹

En metaanálisis realizado en España por Bustillo ML, Gómez-Gutiérrez M, Guillén AI en el año 2018 mostraron ¹⁴¹ que las intervenciones de tipo cognitivo-conductual son las más aplicadas y las que obtienen una mayor eficacia, aunque sus resultados no siempre se mantienen en el tiempo; las intervenciones psicoeducativas y las que usan un formato grupal, individual o combinado se encuentran en menor medida, pero con buenos resultados, en tanto la modalidad presencial es la más aplicada y resulta más eficaz que la no presencial, pero la combinación de ambas ofrece resultados prometedores.

Estudio realizado por Cerquera AM, Pabón K en el año 2014 en Colombia con el objetivo de identificar la situación de los programas de Intervención en los cuidadores informales de pacientes con enfermedad de Alzheimer, por el desempeño de su labor por medio de una revisión científica, reveló que los estudios sobre cuidadores y programas de intervención, no son concluyentes para

permitir que el cuidador asuma de la mejor forma el rol, se identifican estudios con el aporte de otras ciencias y disciplinas afines. Estas disciplinas, son las llamadas a generar estrategias de intervención y que dichas estrategias sean divulgadas a nivel científico. ¹³⁶

El Grupo de Investigación en Demencia 10/66, diseñó un programa de intervención con el objetivo de que fuera aplicado en 32 países en vías de desarrollo. El Programa se basó en una intervención psicoeducativa y de entrenamiento, que mostró resultados favorables y mantenidos en el tiempo entre estos, disminución de la morbilidad psicológica y del estrés en cuidadores de pacientes con demencia en países como China, ¹⁴² Rusia ¹⁴³ y Perú. ¹⁴⁴ Es bueno destacar que estos estudios demostraron la eficacia de las intervenciones en forma de disminución de la prevalencia de la ansiedad y/o depresión del cuidador, en la reducción de sobrecarga del mismo y en el retraso de la institucionalización del enfermo.

Desde la sistematización realizada se encuentran definiciones del término intervención, a lo que la autora coincide con Rodríguez R en el año 1992 citado por Expósito MY en el año 2012, el cual refiere que intervención es un conjunto de acciones sistemáticas, planificadas, basadas en necesidades identificadas y orientadas a unas metas, como respuesta a esas necesidades, con una teoría que la sustente. ¹²⁴ A propósito la Dr. C. Expósito MY en el año 2012 contextualiza el término intervención al cuidado paliativo y lo define como: Plan de cuidados, personalizado, basado en el conocimiento y juicio clínico, en el que la enfermera organiza, coordina e implementa cuidados paliativos que incluye acciones independientes, dependientes y/o colaborativas, para obtener mejoría en la calidad de vida del cuidador primario. ¹²⁴

El Dr. C. Hernández A en el año 2012 define el programa de intervención psicoeducativo como: el conjunto de acciones diseñadas, estructuradas y sustentadas conceptualmente en la teoría social

cognitiva; con el objetivo de disminuir el riesgo en la salud sexual y los problemas psicosociales en las personas con diagnóstico clínico de herpes simple genital. ¹³⁴

Al sistematizar las definiciones de autores que han abordado el término Intervención, la autora define de manera operativa el término Intervención Personalizada de Enfermería para el cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer como el “conjunto de acciones diseñadas, estructuradas, planificadas y sustentadas en una teoría de enfermería, que incluyen acciones independientes, dependientes y/o colaborativas con el objetivo de modificar los síntomas afectivos en las personas encargada del cuidado del enfermo”.

En la sistematización realizada por la autora identifica artículos que defienden el diseño de intervenciones al tener en cuenta sus etapas o fases. Otros autores proponen tres fases para el cuidado con la familia en su rol de cuidador, ¹⁴⁵ así como la implementación de una intervención educativa sobre la calidad de vida y satisfacción de cuidadores primarios de pacientes con cáncer. ¹⁴⁶ El investigador Mori MP en el año 2008 ¹⁴⁷ diseña ocho fases secuenciales para la intervención en la psicología comunitaria.

A efectos de la presente investigación la autora asume y diseña la Intervención Personalizada de Enfermería sustentada en las cinco categorías que están implícitas en la Teoría de los cuidados de Kristen Swanson, para lo cual se hace necesario analizar concepciones teóricas a través de los fundamentos teóricos que la fundamentan.

3.1.1. Fundamentos teóricos de la Intervención Personalizada de Enfermería para la modificación de la ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada

La Intervención Personalizada de Enfermería en su implementación evidencia su carácter sistémico-dinámico, progresivo, flexible, humanista y personalizada. Es **Sistémico-dinámico** porque sus

etapas y acciones manifiestan relaciones entre sí, que permiten su puesta en marcha; **Progresivas**, porque es imposible brindar todos los cuidados necesarios en una única sesión de trabajo; **Flexible** debido a que su diseño permite la adaptación a diferentes escenarios y contextos, por lo que se ejecutan acciones acorde con las características de cada cuidador principal; **Humanista** ya que se tiene en cuenta las necesidades de cada cuidador principal al situar sus aspiraciones éticas, espirituales y sociales; **Personalizada** al prevalecer la tendencia a respetar al cuidador principal como un ser biopsicosocial y no como un ser biológico.

Para conformar la Intervención Personalizada de Enfermería la autora parte de un riguroso análisis de los fundamentos teóricos desde el punto de vista filosófico, psicológico, sociológico, pedagógico, de atención de salud y de enfermería.

Fundamentos Filosóficos: la Intervención Personalizada de Enfermería es asumida por la autora bajo el enfoque dialéctico materialista para la comprensión de los procesos con los cuales interactúa y de las bases teórico – práctico, con vistas a modificar la ansiedad y depresión que experimentan los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada en el cuidado que brindan a diario.

El desarrollo de la ciencia, asociado a la técnica y las nuevas tecnología de la información y la comunicación han puesto de relieve el principio dialéctico de la diferenciación e integración de los conocimientos científicos, ¹³³ para abordar de una forma integral y multilateral el cuidado al cuidador principal de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada con el objetivo de modificar la ansiedad y depresión que estos experimentan, de acuerdo con la realidad concreta de cada lugar.

Se adjudica la filosofía dialéctico-materialista como fundamento teórico general dada la comprensión de los procesos con los cuales interactúa y de las bases teórico-práctico para el reconocimiento de las contradicciones que pueden generarse en su desarrollo. ¹³³ Aborda como postulado esencial el

papel de la práctica y su relación con la teoría dentro del proceso de educación, con vistas al logro del bienestar de los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada.

Es bien conocido que los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer también son afectados por los problemas que padece la sociedad en su contexto actual y que existen algunos problemas no resueltos en los planos teórico y práctico de la labor educativa, que apuntan hacia una cierta incompetencia o insuficiencia de su pertinencia social, en lo referido a su función socializadora y formadora. La autora plantea que no se trata sólo de instruir a estos cuidadores, sino que se constituyan espacios para la integración de conocimientos, habilidades y valores en función de objetivos educativos que posibiliten la puesta en práctica de las potencialidades de sus valores y condiciones humanas.

Fundamentos Psicológicos:

Al abordar y sustentar la ansiedad y la depresión en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer, se asume a Vigotsky con su enfoque histórico – cultural que apoyado por las teorías: pedagógicas, comunicativas, sociológicas, de atención a la salud y de enfermería explican la dinámica del mismo, con un enfoque holístico, así como al considerar las particularidades individuales de estos cuidadores.

Como sustento de la Intervención Personalizada de Enfermería se considera: ^{50, 133}

- ✓ El tratamiento psicológico de los cuidadores principales, desde las acciones del componente diagnóstico hasta la evaluación, a partir de las alternativas que se proponen.
- ✓ La atención a las diferencias individuales y a las del contexto socioeconómico donde se desarrolla, partiendo de los elementos a caracterizar en la contextualización del proceso.

- ✓ El vínculo de lo cognitivo, volitivo y afectivo que propicie un clima favorable, a partir de considerar las experiencias previas de los cuidadores y establecer las relaciones necesarias e indispensables para la colaboración entre los especialistas y factores implicados en la atención de estos pacientes.
- ✓ Para solucionar las problemáticas a las cuales se enfrentan los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada, como sujeto único e irrepetible.

Fundamentos Sociológicos: permite ver al cuidador principal de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada como sujeto social, educable, transformable, que necesita establecer relaciones humanas con sus semejantes, así como apreciar el contexto social con sus implicaciones.¹³³ La atención al adulto mayor constituye una prioridad del Sistema Nacional de Salud, uno de los programas priorizados en la Atención Primaria de Salud, mediante el Programa de Atención Integral al Adulto Mayor; y a su vez representa una prioridad del gobierno cubano.

La autora considera que la atención que le dedica el gobierno y el Ministerio de Salud Pública a los adultos mayores está condicionado por el envejecimiento poblacional al cual está sometida las sociedades, y en especial la población cubana que envejece día a día, al ser uno de los países más envejecidos de América Latina; esto se refleja en el lineamiento 116 del Partido Comunista de Cuba relacionado a la dinámica demográfica, tiene como objetivo garantizar la implantación gradual de la política para atender los elevados niveles de envejecimiento de la población.

El propósito de la Intervención Personalizada de Enfermería y su repercusión en el ámbito individual, familiar y social ofrece las herramientas necesarias para modificar la ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada, y que le posibilite como dijera José Martí "(...) preparar al hombre para la vida".¹⁴⁸ En ello va la síntesis de la dimensión social de este diseño.

Fundamentos Pedagógicos: la Pedagogía concentra su atención en el estudio de la actividad del educador y del educando en correspondencia con la concepción característica del proceso enseñanza aprendizaje. Sobre esta base se elabora la teoría y la metodología de su dirección y organización y se perfeccionan los objetivos, el contenido, los métodos, los medios y la evaluación a tener en cuenta el fin de educar a los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada, y de esta forma modificar la ansiedad y depresión que estos experimentan.

La consideración a las categorías como el aprendizaje, la actividad y la comunicación, que conducen a valorar los métodos activos y el tratamiento personológico, la atención a las diferencias individuales, el vínculo de lo cognitivo y lo afectivo en las necesidades de los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada, además al tener en cuenta la etapa actual, el desarrollo de la pedagogía es decisivo y su importancia se incrementa en la medida que los complejos problemas de la educación de la personalidad se han convertido en problemas vitales para el desarrollo de la sociedad.

Fundamento Atención en salud: la salud es un bien valorado por los individuos, las comunidades, gobiernos y otras organizaciones sociales. Constituye un fundamento esencial del bienestar de las personas como un derecho, dado que permite disfrutar de otros bienes, se asume por la autora a Castell-Florit P, Rojas C. Cuba en materia de salud enfrenta el reto de encontrar nuevas soluciones que se ajusten a las características de la región.

El Síndrome demencial no solo tiene un impacto negativo en la persona que la padece, sino también en sus cuidadores, familias y la sociedad en general; por lo que se asume este fundamento porque utiliza la educación como herramienta transformadora de personas, comunidades y gobiernos, en

este caso en la educación de los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada, para modificar la ansiedad y depresión.

A fin de atender este fundamento, se hace necesario conocer con qué recursos humanos se trabajará en función de modificar la ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada, o sea aquellas transformaciones positivas en el desarrollo intelectual, físico y espiritual del hombre a partir de conocer, interiorizar y concientizar sus problemas cognitivos y afectivos, sus destrezas y aspiraciones, con suficiente racionalidad y motivación por la vida, de acuerdo con un contexto social determinado, en su entorno familiar y comunitario, mediante su satisfacción en lo personal, socioeconómico, y de sus propias virtudes humanas.¹³³

Al seguir la lógica de la investigación la autora considera oportuno incluir en este fundamento aspectos de la educación médica y la comunicación implícitos en el trabajo del profesional de la salud:

Educación Médica: por ser esta el eje fundamental para la educación permanente y continuada del personal de Enfermería que matriculó en el curso de superación profesional titulado: Labor del equipo de salud con la familia y cuidador principal de pacientes con enfermedad de Alzheimer, como una de las modalidades del postgrado que se tuvo en cuenta para formar parte del equipo de investigación.

La educación permanente y continuada, forma, desarrolla y perfecciona en el personal de Enfermería una independencia, que le permite actuar con un alto grado de autonomía y creatividad; este posibilita la transformación de su labor en relación con sus funciones asistenciales, docentes, investigativas y gerenciales, lo que revela la manifestación de la Educación Médica como ciencia, en la formación y desarrollo de los profesionales de la salud.¹⁴⁹

De manera particular se profundiza en el proceso de preparación permanente y continuada en el área de la geriatría y gerontología, al tener en cuenta el envejecimiento poblacional al cual están sometidos las sociedades y Cuba no está exenta de esta problemática, por ello resulta necesario que los profesionales de la Atención Primaria de Salud conozcan la enfermedad y como los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer deben actuar, con el objetivo de transmitirles sus saberes por medio de la labor educativa y de esta forma estos cuidadores afecten lo menos posible su salud.

Comunicación: para lograr el desarrollo de la comunicación y evaluar su comportamiento se debe garantizar una motivación personal que conjugue los intereses personales y sociales. La tríada de estos conceptos: pertinencia social, objetivo y motivación personal; se convierte en el elemento regulador de todo un sistema de principios asumidos por autores como Cabrera K, Medina I, Valcárcel N, Izquierdo R, Portal R, entre otros.^{133, 150}

La comunicación es un componente que está presente de forma permanente en todo proceso, razón para asumirlo por la autora de esta investigación. La importancia de la comunicación en Enfermería, determina el logro exitoso de las acciones que se realizan en función de lograr el bienestar físico, psicológico y social de los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada; con elementos de la promoción, prevención y recuperación de la salud.

Saber escuchar y sensibilizarse con el dolor ajeno, cuidar como objeto de estudio de la Enfermería, transmitir la información correcta basada en los principios científicos de la profesión, ser ejemplo por los conocimientos, el humanismo y la sensibilidad, entre otros, son elementos que caracterizan al personal de Enfermería, como comunicadores por excelencia en el arte de cuidar.

Fundamento Enfermería: La Enfermería “arte del cuidado”, es la profesión encargada del cuidado de la salud de las personas; de manera especial, en la Atención Primaria de Salud el personal de

Enfermería que forma parte del equipo básico de salud tiene la misión de contribuir a lograr un adecuado estado de salud del individuo, la familia y la comunidad al asegurar la atención integral y personalizada; presente en el proceso de modelación de la Intervención Personalizada de Enfermería que tiene como objetivo modificar la ansiedad y depresión de los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada, al intentar satisfacer las necesidades de aprendizaje por parte de este personal.

En la Atención Primaria de Salud el personal de Enfermería desde su función integral y educativa realiza acciones al individuo, la familia y la comunidad con un enfoque biopsicosocial al tener en consideración la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, y a través de la cual brinda cuidados independientes, dependientes y colaborativas que solucionen las demandas de salud en estos cuidadores. La autora considera que la educación a los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada debe formar parte importante de la labor diaria del personal de Enfermería en este nivel de atención, de la cual se beneficia tanto el cuidador principal, como el paciente enfermo; en este caso sustentado en la Teoría de los cuidados de Kristen Swanson y las Taxonomías NANDA, NIC y NOC, que se exponen en el epígrafe siguiente.

3.2. Taxonomía NANDA, NIC y NOC

Una correcta comunicación profesional al describir las Taxonomía NANDA, NIC y NOC, se convierte en una herramienta fundamental para el trabajo del personal de Enfermería, tiene sus códigos y sus sistemas de clasificación porque caracterizan y establecen el alcance de la misma. En este sentido, la profesión de enfermería ha logrado avanzar de manera considerable al iniciar la decodificación de la praxis de la disciplina, y alcanzar de esta manera universalidad en un lenguaje común,¹⁵¹ que son las denominadas taxonomías NANDA (Clasificación de Diagnósticos de Enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Clasificación de intervenciones de Enfermería de la

Universidad de Iowa, Nursing Interventions Classification), NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería de la Universidad de Iowa, Nursing Outcomes Classification).

La aplicación de estas Taxonomías constituyen herramientas para la elaboración de planes de cuidados de enfermería; el desarrollo de investigaciones que han tenido la finalidad de explorar las asociaciones entre diagnósticos, resultados e intervenciones y las características organizativas que podrían influir en la consecución de resultados; y para las gestoras y administradoras en la evaluación de los cuidados de enfermería. ¹⁵¹

La autora al tener en cuenta lo expuesto asume la taxonomía NANDA, NIC y NOC en la intervención propuesta debido a que puede ser utilizada con cualquier modelo conceptual o Teoría de Enfermería; además permite brindar cuidados racionales, lógicos y sistemáticos ¹⁵¹; de esta manera previene la variabilidad de la asistencia y se establece un lenguaje común; por lo que ayuda a estandarizar el cuidado dirigido a los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada.

3.2.1. Clasificación de Diagnósticos de Enfermería de la NANDA

Los profesionales de enfermería con el objetivo de consolidar una metodología de trabajo que evidencie la práctica diaria, así como la creación de un lenguaje común que les genere la capacidad de análisis y juicios clínicos específicos para identificar respuestas humanas y problemas de salud en individuos familias y comunidades, sentó las bases para desarrollar el lenguaje estandarizado de los diagnósticos de enfermería y con ello establecer la estructura y clasificación para su identificación. Con este fin en el año 1982 la NANDA perfiló la estructura organizativa y estableció los planes de trabajo del Grupo Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería con el propósito de desarrollar y expandir los diagnósticos de enfermería. ^{151, 152}

Los diagnósticos NANDA incluyen: una etiqueta diagnóstica, su definición, características definitorias y factores relacionados. La importancia de los diagnósticos de enfermería radica en que establece una clasificación de diagnósticos de enfermería; facilita la obtención de conocimientos; genera una terminología común para las enfermeras; favorece la comunicación multidisciplinar; aborda a la persona de forma humana y holística; genera calidad del cuidado, garantiza la seguridad del individuo, familia y comunidad; y constituye una base y estructura para la investigación. ^{151, 153}

En 1990 estableció la definición de Diagnóstico enfermero como el juicio clínico sobre respuestas individuales, familiares o sociales a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para elegir las intervenciones de enfermería para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable. ¹⁵⁴

La primera propuesta de la NANDA fue la Taxonomía I, la cual se fundamenta sobre criterios conceptuales elaborados por teóricas que definen a la taxonomía como el estudio teórico de la clasificación sistemática, incluyendo sus bases, principios, reglas y procedimientos, en definitiva es la ciencia de cómo clasificar e identificar; esta categorización taxonómica centra su trabajo en el análisis de las etiquetas diagnósticas y en los nueve patrones de respuestas humana. ¹⁵¹

La NANDA creó la Taxonomía II con el objetivo de generar un número mayor de diagnósticos, esta tiene una estructura multiaxial con tres niveles, los cuales integran: 13 dominios, 46 clases y 146 diagnósticos enfermeros. Se realizaron las definiciones de cada dominio y clase cotejando la ubicación de cada diagnóstico para asegurar la máxima coherencia entre dominios, clases y diagnósticos. ^{151, 153}

3.2.2. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)

La NIC es definida como la organización sistemática de las denominaciones de las intervenciones en función de las similitudes de lo que puede considerarse como estructura conceptual. ¹⁵¹ La autora de

esta investigación siente la necesidad de revelar la NIC: como el orden y disposición de las actividades de enfermería en grupos en función de sus relaciones y la asignación de denominaciones a estos grupos; ^{151, 155} esta tiene gran utilidad para la documentación clínica, la comunicación de cuidados efectuados en situaciones diversas, la investigación eficaz y la gestión para cuantificar la productividad y la evaluación de competencias. ¹⁵¹

La taxonomía de las intervenciones de enfermería es la organización sistemática o encasillamiento de las intervenciones en función de las similitudes, ¹⁵⁵ la cual está dirigida al tratamiento, la prevención, la promoción y la rehabilitación de la enfermedad. ¹⁵⁶ Su estructura tiene tres niveles. El nivel uno lo constituyen siete campos: fisiológico básico, fisiológico complejo, conductual, seguridad, familia, sistema sanitario y comunidad. El nivel dos lo conforman 30 clases, cada una de ellas corresponde con alguno de los siete campos del nivel uno; por último, el nivel tres cuenta con 514 intervenciones que corresponden con los campos y clases de los niveles uno y dos, y cuenta con un número superior de 12 000 actividades. ¹⁵¹ El lenguaje normalizado lo constituyen la etiqueta y la definición de cada intervención. ^{156, 157}

La autora al realizar una revisión bibliográfica relacionada con el tema asume que la Intervención de enfermería es: cualquier tratamiento basado en el criterio y el conocimiento clínico, que realiza este personal para mejorar los resultados del paciente; ^{151, 155} incluyen cuidados dirigidos a la persona, la familia y la comunidad. ¹⁵⁶

Las actividades a realizar pueden seleccionarse o modificarse, según proceda, de acuerdo con las necesidades específicas del individuo, familia o comunidad. ¹⁵⁶ Estas gestiones son actividades o acciones específicas que realiza el personal de Enfermería para llevar a cabo una intervención que ayude al individuo, familia o comunidad a avanzar hacia el resultado deseado. Estas se traducen en acciones concretas. ^{151, 155}

En dependencia a las formas de aplicar las intervenciones, se clasifican en: ^{124, 155, 158}

- ✓ Intervenciones directas: son aquellas que realiza el personal de la enfermería en interacción directa con la persona, incluye tanto intervenciones fisiológicas como psicosociales.
- ✓ Intervenciones indirectas: las que realiza el personal de la enfermería lejos de la persona, pero en su beneficio, incluye actuaciones sobre la persona, el ambiente que lo rodea y la colaboración interdisciplinaria.
- ✓ Intervenciones sobre la comunidad: aquellas que realiza el personal de la enfermería en su labor de prevención, educación, fomento y mantenimiento de la salud de la población.

Acorde con el origen y grado de autonomía del personal de Enfermería en la aplicación de las intervenciones, estas pueden ser: ^{124, 158}

- ✓ Intervenciones independientes: acciones autónomas del personal de Enfermería, basadas en fundamentos científicos y en beneficio de la persona sana o enferma.
- ✓ Intervenciones colaborativas: constituidas por los tratamientos llevados a cabo por el personal de Enfermería en respuesta a problemas diagnosticados e iniciados por otros profesionales del equipo de salud.

En la sistematización realizada a la NIC, se muestran los siguientes usos: ^{124, 155} ayuda a mostrar el impacto que tiene el personal de Enfermería en el sistema de prestación de cuidados; normaliza y define la base de conocimientos de la práctica de enfermería; facilita la elección correcta de una intervención de enfermería; facilita la comunicación de los tratamientos de enfermería a otro personal de Enfermería y a otros proveedores de cuidados; permite a los investigadores examinar la eficacia y el costo de los cuidados; ayuda a los formadores a desarrollar programas que articulen mejor la práctica clínica; facilita la enseñanza y toma de decisiones clínicas al personal de Enfermería novel; ayuda a los administradores a planificar de forma más eficaz las necesidades del

personal y de los equipos; favorece el desarrollo de un sistema de retribución para los servicios de enfermería; facilita el desarrollo y el uso de los sistemas de información de enfermería; y comunica la naturaleza de los cuidados de enfermería al público.

3.2.3 Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)

La NOC consiste en una codificación de resultados en individuos, familias y comunidades sensibles a la práctica enfermera, ¹⁵⁹ esta surge con el objetivo de determinar en qué medida se están cumpliendo las metas de calidad que se fijan en los estándares y para establecer una metodología en la elaboración de planes de cuidados estandarizados ^{151, 160}

La NOC tiene una clasificación propia la cual se divide en tres niveles; el nivel uno está compuesto por siete dominios (salud funcional, salud fisiológica, salud psicosocial, conocimientos y conducta de salud, salud percibida, salud familiar y salud comunitaria); el nivel dos se conforma con 31 clases, las que tienen un grupo específicos de resultados de enfermería (330), y estos resultados constituyen el nivel tres. ^{151, 161}

Se entiende como resultado el estado, conducta o percepción del individuo, familia o comunidad sensible a intervenciones de enfermería y conceptualizado a niveles medios de abstracción, cada resultado tiene asociado un grupo de indicadores que se utiliza para determinar el estado del paciente en relación con el resultado. ¹⁶¹

Cada resultado esperado contiene una etiqueta, una definición, un destinatario de los cuidados, una fuente de datos, puntuación diana del resultado con orden de aparición (mantener a, aumentar a), una lista de indicadores, una escala tipo Likert de cinco puntos para medir el estado del paciente. Se define como indicador al estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad más específico que sirve como base para medir un resultado, y tiene como objetivo ayudar a determinar su estado de salud. ^{151, 161}

Estos resultados están organizados en indicadores mensurables mediante escalas tipo Likert de cinco valores, que deben cuantificarse antes y después de las intervenciones de enfermería a fin de constatar la evolución del individuo, familia o comunidad. ¹⁵⁹ LA NOC propone 13 escalas de medidas que están orientadas a que el quinto o último punto refleje la situación más deseada, esto permite medir el resultado en cada punto de un continuo desde el más negativo al más positivo y controlar el progreso o no progreso de la salud del individuo, familia o comunidad. ^{151, 161}

3.3. Propuesta de la Intervención Personalizada de Enfermería para la modificación de la ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada

Para la estructuración de la intervención propuesta se asume de Jordán M ¹⁶² los siguientes elementos: fundamento, objetivos, beneficiarios, localización física, metodología y recursos, lo que le permitió a la autora diseñar la intervención propuesta.

Fundamento: El incremento de la longevidad y la expectativa de vida traen consigo la aparición de problemas de salud asociados a la edad, entre las que se encuentran las enfermedades neurodegenerativas y de manera específica la enfermedad de Alzheimer, por lo que es frecuente que las personas que la padecen sean atendidos en el interior del hogar por la familia, y en especial el cuidador principal, que en ocasiones se responsabiliza del enfermo sin tener los conocimientos necesarios; por lo que se requiere que el equipo básico de salud interactúe con este cuidador, para suplir las deficiencias y de esta manera minimizar sus consecuencias negativas.

Entre las funciones del equipo básico de salud, y de manera particular del personal de Enfermería se encuentran: cuidar la salud del individuo en forma personalizada, integral y continúa al tener en cuenta sus necesidades y respetar sus valores, costumbres y creencias; planificar y ejecutar actividades de promoción y fomento de la salud a individuos, familia y comunidad; y detectar las

necesidades educacionales y elaborar programas de educación para la salud, en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida; esta última solo le compete al Licenciado en Enfermería. ¹⁶³

Por lo que la autora al tener en consideración la relevancia social de la enfermedad, la implicación a otros miembros de la familia, las funciones antes expuestas y la demanda de conocimiento por parte del cuidador principal justifica la necesidad de diseñar una herramienta educativa práctica, breve y de fácil comprensión por parte de los cuidadores principales. Esta herramienta debe ser capaz de adaptarse a los diferentes problemas que se les presentan a estos en el hogar, con el objetivo de que le dé respuesta a las necesidades de su familiar y evite afectar lo menos posible su salud. Es por ello que se diseña una Intervención Personalizada de Enfermería, la cual será liderada por el personal de Enfermería que labora en la Atención Primaria de Salud, al tener en consideración los siguientes elementos: la alta prevalencia de pacientes diagnosticados con enfermedad de Alzheimer en el Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”; la contribución que realizan los cuidadores principales al sistema de salud, al hacerse cargo de las necesidades del enfermo y la planificación de acciones independientes de enfermería para el logro del objetivo deseado.

Título: Ansiedad y depresión en los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Una mirada desde Enfermería.

Objetivo general: Implementar un sistema de acciones que contribuya en la modificación de la ansiedad y depresión en los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada.

Objetivos Específicos

1. Ofrecer información a los cuidadores principales sobre la enfermedad de Alzheimer, síntomas y tratamiento no farmacológico.

2. Desarrollar conocimientos en los cuidadores principales para actuar ante las demandas de cuidados del paciente enfermo y su propia salud.

Beneficiarios Directos: los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada. Se debe atender sus particularidades y velar porque estén en condiciones de comprender y asimilar las técnicas que se emplean.

Indirectos: Los pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada, así como el personal de Enfermería que labora en el Consultorio del Médico y Enfermera de la Familia, que pusieron en práctica la intervención propuesta lo cual contribuyó a mejorar la calidad de la atención mediante la labor educativa.

Localización Física De espacio: la intervención se realiza en el hogar donde convive el cuidador principal con el paciente diagnosticado con enfermedad de Alzheimer leve y moderada.

De tiempo: La intervención consiste en ocho visitas a cada cuidador principal (una semanal) durante ocho semanas; se establece el tiempo de duración de las sesiones de 60 minutos y el horario se negoció con estos cuidadores, no obstante cuando no se cumplían las expectativas del cuidador principal o del personal de Enfermería se realizaban más visitas de las programadas.

Metodología: responde a una Intervención Personalizada de Enfermería, por lo que se conformó el cuerpo, los contenidos a tener en cuenta y su estructuración secuencial dentro del mismo. Los contenidos se fundamentan a partir de los diagnósticos de enfermería identificados, y van a estar en relación de lo que se requieren modificar para lograr el objetivo general de la intervención. Además, está cumple con el diseño lógico al expresarse a nivel de gráfico la secuencia de pasos en su interior.

Recursos Materiales: se utilizan materiales requeridos para el desarrollo de las sesiones, así como su registro, algunos de estos recursos pueden ser reutilizables (ejemplo: materiales de apoyo, glosario de términos de demencia).

Humanos: se hace necesaria la participación de las enfermeras que laboraban en los consultorios del médico y la enfermera de la familia, además de los especialistas del Grupo Básico de Trabajo y la trabajadora social.

Etapas de la Intervención Personalizada de Enfermería

Etapas de la Intervención Personalizada de Enfermería

La Intervención Personalizada de Enfermería en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada se desarrolló en el contexto de la Atención Primaria de Salud, constituyó el primer contacto del equipo de investigación con el cuidador principal, en especial en el hogar donde convive con el paciente diagnosticado con enfermedad de Alzheimer leve o moderada; durante la visita realizada se les explicó a estos cuidadores el objetivo de la investigación y se les entregó el consentimiento de participación a los que aceptaron formar parte de la misma para que plasmaran su firma.

La Intervención Personalizada de Enfermería es aplicada por el personal de Enfermería a partir de la alta demanda de cuidados que requieren estos pacientes, por lo que este personal debe *“mantener las creencias”*, es decir, creer en la capacidad del cuidador principal, enseñarlo a cuidar y estar a su lado ante cualquier situación socio-política-cultural; debido a que estos en la mayoría de las ocasiones se enfrentan al cuidado de su familiar sin tener los conocimientos y habilidades necesarias para llevar a cabo dicha labor, lo que repercute en su salud física, psíquica, económica y social; que les provoca síntomas afectivos, tales como: la ansiedad y depresión.

Etapa 2. Conocer

Mediante el compromiso informado del proceso de cuidado, el personal de Enfermería se centró en el cuidador principal para lo cual utiliza los métodos empíricos de la ciencia, en este caso hace uso de la Encuestas y Entrevistas a los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada con la finalidad de "conocer" e identificar los problemas y potencialidades que se relacionan con la ansiedad y depresión. En base a los problemas identificados se formulan los diagnósticos para lo cual se utilizó la Clasificación de los diagnósticos enfermeros de la NANDA Taxonomía II, de esta manera se establece el compromiso entre el cuidador principal y el personal de Enfermería. Los diagnósticos de enfermería más frecuentes son: Conocimientos deficientes, Riesgo de cansancio del rol de cuidador, Cansancio del rol de cuidador, Déficit de actividades recreativas y Ansiedad. (Anexo 10)

Etapa 3. Estar con

El equipo de investigación para "*Estar con*" el cuidador principal establece los resultados (objetivos esperados) y los indicadores específicos de acuerdo con el diagnóstico de enfermería identificado, para a continuación planificar las intervenciones de enfermería con la ayuda de la NIC, las que ayudarán a modificar la ansiedad y depresión en los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer. (Anexo 10.1)

Etapa 4. Hacer por

Para "*Hacer por*" el cuidador principal, se trabaja en dependencia de sus necesidades, para lo cual se utilizó la NIC, y es que en la medida en que se prepara a este cuidador para que cuide del paciente con enfermedad de Alzheimer y de su propia salud, se incrementa su protección, al luchar contra la incertidumbre, el temor y el sufrimiento por lo desconocido. El elemento más importante para su protección es la capacitación, para que este haga en cada momento lo que cada momento

requiere. ¹²⁴ (Anexo 10.1) Cada sesión se organiza con: título, objetivos, técnicas utilizadas, especialista responsable, Taxonomía NANDA, NIC y NOC. (Anexo 10.2)

Con la finalidad de “Hacer por” se tiene en cuenta que estas intervenciones constituyen eslabones fundamentales del Proceso de Atención de Enfermería, que se materializan en el Consultorio del Médico y Enfermero de la Familia, y durante la visita domiciliaria; de esta manera se refuerza el sistema de relaciones personal de Enfermería-cuidador principal. Además, se tiene en cuenta el nivel cultural, las habilidades y actitudes del cuidador principal, la información que éstos poseen sobre la enfermedad de su familiar, así como la forma de construir su manera de entender la enfermedad, para así modificar la ansiedad y depresión que estos experimentan.

Para “Hacer por” el cuidador principal, el personal de Enfermería valora los cambios ocurridos en los mismos una vez implementadas las acciones, para los efectos de la investigación se realiza mediante el uso de la NOC y los métodos empíricos de la ciencia. La valoración de la misma resume la sistematicidad y la retroalimentación dialéctica que se establece entre cada uno de los elementos centrales de la intervención; en la cual el conjunto de objetos y procesos que se elaboran, están relacionados entre sí, al identificar determinada independencia y coherencia en la misma. Se expresa, desde esta perspectiva, la lógica o sucesión de procedimientos seguidos por la investigadora en la construcción del conocimiento.

Etapa 5. Posibilitar

Al tener en cuenta los resultados de la valoración, el personal de Enfermería facilita (“Posibilitar”) el paso de estos cuidadores por esta etapa no deseada de su vida, al proporcionarle los conocimientos y habilidades necesarias para que logre modificar la ansiedad y depresión, y por consiguiente cuide a su familiar y afecte lo menos posible su propia salud.

A partir de los hallazgos, se puede redimensionar cada uno de los elementos de la Intervención Personalizada de Enfermería y sus relaciones desde el punto de vista metodológico, las que se identifican con: ¹³⁹

- ✓ Manifestación externa de lo que se hace: capacidad de hacer o actuar sobre algo, conjunto de las acciones y tarea de un campo, entidad o persona.
- ✓ Centralización, papel rector, complejidad: Compuesto por varios elementos que se organizan y denominan componentes del sistema.
- ✓ Jerarquización: Se ordena de acuerdo a este principio y se establecen sistemas y elementos.
- ✓ Adaptabilidad: Se puede modificar su estado o característica.
- ✓ Integración: Un cambio en un subsistema produce cambio en los demás; y llevan implícito objetivos, dosificación del contenido, actividades variadas que sistematicen el uso del mapa.

Las relaciones descritas se corresponden en cierta medida con el cumplimiento de los principios de la modelación, descritos por Bringas J en el año 1999 y citados por Ávila M en el 2013 ¹⁶⁴ y Naranjo Y en el 2016. ¹³⁹ Principios que se cumplen además en la aplicación de la modelación como método, para la Intervención Personalizada de Enfermería propuesta:

- ✓ Principio de deducción por analogía: se basa en establecer semejanza entre las facetas, cualidades y componentes de objeto real y la Intervención Personalizada de Enfermería para cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada.
- ✓ Principio de la consistencia lógica en la modelación: consiste en la estabilidad, solidez, fundamentación científica de los elementos que sustenta la Intervención Personalizada de Enfermería para cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada, en el caso que ocupa se refiere a la Ciencia de la Enfermería.

- ✓ Principio del Enfoque Sistémico: se refiere a las relaciones que se manifiestan entre la Intervención Personalizada de Enfermería para cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada, los problemas, necesidades afectadas de manera individual de estos sujetos en el contexto de la atención de Enfermería en la comunidad.
- ✓ Principio de la simplicidad y asequibilidad: se pretende que la Intervención Personalizada de Enfermería para cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada sea asequible, comprensible para cada cuidador principal según nivel cultural, pero sin perder valor y carácter científico.

La intervención que se propone en esta investigación es una representación de la realidad, y establece la relación entre lo real y lo ideal, sustentado en la Teoría de los Cuidado de Kristen Swanson y las Taxonomía NANDA, NIC y NOC, lo cual permite analizar e interpretar el objeto de estudio en todas sus manifestaciones en correspondencia con la ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada, la labor del personal de Enfermería en la Atención Primaria de Salud en este sentido y las exigencias de la sociedad cubana actual.

Con el empleo de la modelación y logrado el nivel de abstracción necesario, la autora representa de forma gráfica la propuesta como se observa en la figura 2, anexo 11.

3.4. Valoración de la Intervención Personalizada de Enfermería para la modificación de la ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada

El equipo de investigación con el objetivo de implementar la Intervención Personalizada de Enfermería para la modificación de la ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada, previo consentimiento participativo, llevo a cabo la

introducción, durante la cual los cuidadores principales manifestaron el deseo de participar en la misma.

Para la planificación de la Intervención Personalizada de Enfermería, se hace necesario el trabajo creativo en grupo, el cual estuvo dirigido hacia cinco direcciones fundamentales:

1. Presentación y debate de los componentes y principios rectores de la Intervención Personalizada de Enfermería.
2. Capacitación acerca de la temática de investigación y sesiones de discusión sobre las habilidades del cuidado.
3. Seguimiento sistemático de los resultados de la intervención.
4. Motivación de los cuidadores principales.
5. Selección de propuestas que se ajusten a los objetivos planteados.

Estas sesiones de trabajo permiten obtener un listado de tópicos relevantes para adicionar a los contenidos que conforman la Intervención Personalizada de Enfermería.

3.4.1. Análisis de la consulta a expertos

Antes de la implementación de la Intervención Personalizada de Enfermería se realizó la consulta a expertos, esta se conceptualiza como la: “variante propia de la estadística no paramétrica con la necesaria valoración de no menos de 31 sujetos que desde los requisitos iniciales cumplen el criterio de expertos en un área del conocimiento o de la práctica en particular, emiten la autovaloración del estado del conocimiento de las fuentes y argumentos relacionados con el objeto que se investiga y los juicios de valor sobre el modelo que se desea construir o ya construido y se desea perfeccionar”.

Para la concreción del método consulta a expertos se definieron los objetivos, seleccionaron los expertos y elaboraron los cuestionarios. Los requisitos iniciales para la selección de los expertos de la prueba de constatación teórica son los siguientes:

- ✓ Análisis teórico sobre la elaboración de la Intervención Personalizada de Enfermería y el cuidado en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer.
- ✓ Experiencia en la ejecución de intervenciones en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer.
- ✓ Trabajos de autores nacionales.
- ✓ Trabajos de autores extranjeros.
- ✓ Conocimiento de problemas en el cuidado en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer.
- ✓ Experiencia en la atención a los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer.
- ✓ Su intuición.

Para lograr este objetivo se contó con la colaboración de 33 expertos, de los cuales quedaron seleccionados 31, los cuales desempeñan funciones asistenciales, docentes, gerencial e investigativas; Doctores en Ciencias de la Enfermería, Máster en Longevidad Satisfactoria, Master en Psicología Clínica, Máster en Enfermería, Diplomada y Máster en Intervención en Síndromes Demenciales; que poseen un alto nivel de conocimientos del tema y con una experiencia de más de diez años en la atención al paciente con demencia y su cuidador, lo que brindó la posibilidad de la realización de un análisis objetivo a partir de la relación existente entre los conocimientos, habilidades, actitudes, valores y la intervención en sí misma para la modificación de los síntomas

afectivos manifestados en ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer.

Se garantizó que los expertos seleccionados pudieran contar con el contenido de la intervención en formato impreso y digital, todo lo que sirvió de fuente para la valoración de los mismos, con relación a los siguientes indicadores:

- ✓ Nivel de fundamentación de la Intervención Personalizada de Enfermería para cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada.
- ✓ Nivel de estructuración de la Intervención para cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer.
- ✓ Nivel de desarrollo de la Intervención para cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer.
- ✓ Nivel de organización dinámica de las actividades en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer para la concreción de la propuesta.

Sus criterios finales quedaron recogidos en el cuestionario, los resultados fueron procesados y plasmados en las tablas de frecuencias sumativa, grado de conocimiento de los expertos, frecuencia relativa y criterios de la intervención (Anexo 12), para la posterior correspondencia con las imágenes en la función de distribución normal Standard y el cálculo de los puntos de corte. El siguiente paso fue arribar a la valoración final de los expertos sobre la intervención propuesta al tener en cuenta los puntos de corte establecidos y la utilización del Método Delphi. Desde la primera ronda de consulta se logró el consenso de los criterios de los expertos consultados sobre los elementos en relación con la intervención propuesta, los cuales se expresan en el siguiente acápite.

3.4.2. Interpretación de los resultados de la consulta a expertos según el método Delphi

A partir del procesamiento y análisis de la información obtenida con la aplicación del instrumento se pudo constatar que los expertos consultados valoran todos los indicadores como muy adecuado.

Los expertos en el ítem 1 consideran la pertinencia de la Intervención para el cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer leve y moderada Muy Adecuada, con un nivel de significación de -2,73.

En el tópico 2 del cuestionario se buscaba que los expertos opinaran sobre el carácter sistémico que se evidencia entre los componentes de la Intervención. La valoración fue de Muy Adecuado con un nivel de significación de -2,566.

El ítem 3 sobre los fundamentos encontrados en la Teoría de Enfermería utilizada para sustentar la Intervención; se obtuvo en la valoración según el método Delphi un resultado de Muy Adecuado con un nivel de significación de -2,926.

En el ítem 4 se recoge el criterio acerca de los objetivos que posee la Intervención propuesta; como consenso los expertos valoraron el ítem como Muy Adecuado, con un nivel de significación de -2,678.

La pregunta 5 intenta establecer la consideración de los expertos en cuanto a las dimensiones e indicadores. El consenso de la opinión de los expertos, según el método Delphi, fue de Muy Adecuada, con el nivel de significación -2,61.

El ítem número 6 relacionado con el uso de la Taxonomía NANDA, NIC y NOC; el consenso de opinión de los expertos, la valoró de Muy Adecuada a través del ítem con un nivel de significación de -2,932.

En la pregunta 7 relacionada con los Diagnósticos de enfermería utilizados es otorgado por los expertos según su valoración de Muy Adecuada con un nivel de significación de -2,886.

Como se aprecia en el ítem número 8 sobre los resultados esperados (NOC) utilizados. Ello se demostró a partir del criterio otorgado por los expertos de Muy Adecuada, con un nivel de significación de -2,281.

En el ítem número 9 relacionados con las actividades de enfermería basadas en la NIC, los expertos dan criterio de Muy Adecuado, con un nivel de significación de -2,714.

En el ítem número 10 relacionado con los resultados obtenidos por medio de las NOC es enjuiciado por los expertos como Muy Adecuado, con un nivel de significación de -2,64.

Los resultados del análisis de la consulta a expertos, le permiten a la autora asegurar que la Intervención Personalizada de Enfermería para modificar la ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada, es viable en las condiciones actuales de la Salud Pública cubana, por lo que se considera que la intervención alcanza el objetivo de la consulta a expertos de valorar de forma teórica la propuesta, y se le da continuidad a su implementación y valoración.

3.5. Valoración de los resultados de la implementación de la Intervención Personalizada de Enfermería para la modificación de la ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada

El cuestionario se aplicó al 100% de los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada que fueron encuestados al inicio de la investigación. La autora asume en el capítulo 2 que para determinar la presencia y severidad de los síntomas de ansiedad se aplica el inventario de ansiedad de Beck (BAI), en un antes y un después al relacionar las manifestaciones físicas de la misma, se tiene en cuenta que es un instrumento fiable.¹⁶⁶

La tabla 7 refleja en un antes el predominio de la ansiedad moderada con 26 cuidadores principales para el 32.1%; después de aplicada la Intervención prevalecen 42 cuidadores principales que

reportan ansiedad mínima representado en el 51.9%; seguido en orden de aparición la ansiedad leve para el 34.5 %, la ansiedad moderada para 13.6 %; mientras que la severa representa el 0.0 % de la muestra de estudio. Al analizar los ítem de la escala se obtuvo un predominio de los indicadores en la categoría no se observa, seguido de la categoría se observa regularmente, no obstante se quisiera destacar que los indicadores que predominaron en la categoría casi siempre se observa fueron: incapacidad para relajarse, miedo a que suceda lo peor, miedo a perder el control y miedo a morir. (Anexo 13) Al valorar las subdimensiones e indicadores mediante la aplicación del cálculo de índices ponderados (Anexo 13.1), el cual obtuvo un valor aproximado de 7.21 puntos.

Tabla 7. Comportamiento de la ansiedad en los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada antes y después de la aplicación de la Intervención. Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”, 2017.

| Ansiedad | Antes | | Después | |
|-----------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| | n | % | n | % |
| Mínima | 32 | 39.5 | 42 | 51.9 |
| Leve | 14 | 17.3 | 28 | 34.5 |
| Moderada | 26 | 32.1 | 11 | 13.6 |
| Severa | 9 | 11.1 | 0 | 0.0 |
| Total | 81 | 100.0 | 81 | 100.0 |

Fuente: Inventario de ansiedad de Beck

Al sistematizar otros estudios relacionados con el tema, se reportan resultados similares. ^{15, 167, 168, 169}

El cuidador principal de pacientes con enfermedad de Alzheimer es vulnerable a presentar ansiedad como consecuencia del cuidado mantenido de su paciente y no encontrar apoyo físico, psicológico y social, pero al intervenir de manera directa en lo cognitivo, lo emotivo y lo volitivo hay modificaciones que se reflejan en el actual diario que favorecen las relaciones con familiares y disminuye la posibilidad de contraer enfermedades o descompensarse las diagnosticadas.

El inventario de depresión de Beck se aplica una vez concluida la Intervención Personalizada de Enfermería, el mismo recoge la respuesta dada en los 21 ítems con el objetivo de evaluar la intensidad de la depresión en el cuidador principal. De los 81 cuidadores principales que se les aplicó el inventario de depresión de Beck el 91,4% en la etapa inicial presenta depresión, después de aplicada la intervención el 29,6% de los cuidadores principales no reportó depresión, mientras que el 70,4 % refiere sentir de alguna forma la depresión. (Tabla 8)

Al analizar los ítem de la escala se obtuvo un predominio de los indicadores en la categoría no se observa, seguido de la categoría se observa regularmente. Los ítem de esta escala que obtuvieron mayor porcentaje de respuesta fueron las preocupaciones somáticas para el 84.0 % y el insomnio con el 79.0 %. (Anexo 14) La valoración de las subdimensiones e indicadores mediante la aplicación del cálculo de índices ponderados (Anexo 14.1) obtuvo un valor aproximado de 6.94 puntos con predominio de la categoría casi siempre se observa.

Tabla 8. Comportamiento de la depresión en los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer antes y después de la aplicación de la Intervención. Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”, 2017

| Depresión | Antes | | Después | |
|-----------------|-----------|--------------|-----------|--------------|
| | n | % | n | % |
| No | 7 | 8.6 | 24 | 29.6 |
| Si | 74 | 91.4 | 57 | 70.4 |
| Leve | 21 | 25.9 | 45 | 55.6 |
| Moderado | 27 | 33.3 | 12 | 14,8 |
| Grave | 26 | 32.2 | 0 | 0 |
| Total | 81 | 100.0 | 81 | 100.0 |

Fuente: Inventario de depresión de Beck

La autora considera que se debe tener en cuenta lo difícil que se manifiesta la vida de un cuidador principal sin sustituir sus funciones y en su mismo entorno, para esta autora, disminuir la depresión es un paso de avance. Estos resultados coinciden con estudios de Garzón M,¹⁵ Fregoso M,¹⁶⁷

Zabalegui A y cols. ¹⁶⁹ Al hacer un análisis a las características de estos cuidadores, vemos que existen cambios positivos de los cuales el 55,6 % mostró depresión leve, el 14,8 % depresión moderada; mientras que la depresión grave fue de 0 %.

Después de la intervención se les aplicó a los cuidadores principales un cuestionario de conocimiento (Anexo 15). En la tabla 9 se evidencia la distribución de los cuidadores principales según conocimientos de la enfermedad después de aplicada la intervención, la cual arrojó que tenían un nivel de conocimiento suficiente al obtener la mayoría de los puntos en las preguntas que estaban relacionadas con la definición de la enfermedad, los síntomas y el tratamiento de la enfermedad.

Tabla 9. Distribución de los cuidadores principales según conocimientos de la enfermedad de Alzheimer. Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”. 2016.

| Conocimientos | Si | % | No | % | Total | % |
|------------------------------|-----------|----------|-----------|----------|--------------|----------|
| Enfermedad de Alzheimer | 81 | 100 | 0 | 0.0 | 81 | 100 |
| Síntomas | 81 | 100 | 0 | 0.0 | 58 | 100 |
| Tratamiento de la enfermedad | 81 | 100 | 0 | 0.0 | 81 | 100 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento

El accionar ante los síntomas psicológicos y conductuales después de la Intervención Personalizada de Enfermería, se muestra en la tabla 10, en la cual el 100% de los cuidadores principales que respondían cómo actuar ante la presencia de las alteraciones del sueño, depresión, delusiones, alucinaciones, trastorno de hábitos alimentarios, agitación o agresión; el 93.8% reconocieron como actuar ante la presencia de ansiedad; el 95.1% ante la presencia de repeticiones, desinhibición y euforia; en tanto el 97.5% ante la presencia de apatía e irritabilidad. Con respecto al número de acciones referidas por el cuidador principal hubo predominio de al menos seis cuidados.

Tabla 10. Distribución de los cuidadores principales según el accionar ante los síntomas psicológicos y conductuales. Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”. 2016.

| Síntomas psicológicos y conductuales | Si realiza | Número de acciones | % | No realiza | % | Total | % |
|---|-------------------|---------------------------|----------|-------------------|----------|--------------|----------|
| Alteraciones del sueño | 81 | 6 | 100 | 0 | 0.0 | 81 | 100 |
| Depresión | 81 | 5 | 100 | 0 | 0.0 | 81 | 100 |
| Ansiedad | 76 | 5 | 93.8 | 5 | 6.2 | 81 | 100 |
| Apatía | 79 | 6 | 97.5 | 2 | 2.5 | 81 | 100 |
| Deluciones | 81 | 5 | 100 | 0 | 0.0 | 81 | 100 |
| Alucinaciones | 81 | 5 | 100 | 0 | 0.0 | 81 | 100 |
| Repeticiones | 77 | 6 | 95.1 | 4 | 4.9 | 81 | 100 |
| Trastorno de hábitos alimentarios | 81 | 6 | 100 | 0 | 0.0 | 81 | 100 |
| Agitación o agresión | 81 | 5 | 100 | 0 | 0.0 | 81 | 100 |
| Desinhibición | 77 | 6 | 95.1 | 4 | 4.9 | 81 | 100 |
| Irritabilidad | 79 | 6 | 97.5 | 2 | 2.5 | 81 | 100 |
| Euforia | 77 | 6 | 95.1 | 4 | 4.9 | 81 | 100 |

Fuente: Cuestionario de conocimiento

El 100 % de los cuidadores principales identificaron las acciones a realizar ante el miedo a que el familiar se pierda y la presencia de estreñimiento en el paciente con enfermedad de Alzheimer leve y moderada.

El equipo de investigación en la última sesión de trabajo con el cuidador principal sintió la necesidad de conocer la respuesta ante la siguiente interrogante: ¿Qué significado tuvo para usted la Intervención aplicada por el personal de Enfermería para que sea capaz de modificar la ansiedad y la depresión ante el cuidado de su paciente?

De manera general el 100% de los cuidadores principales se sintieron satisfechos con la Intervención. A continuación se muestran algunos de los criterios emitidos por los cuidadores principales:

-MNSS planteó: "...estos días han sido muy importantes para mí, porque nunca habían dedicado tanto tiempo para explicarme aspectos de la enfermedad sin tener que moverme de la casa..."

-OPA comentó: "...para mí ha sido todo un privilegio, me he sentido aliviada porque he recibido información que no conocía de la enfermedad sin dejar de atender a mi suegro..."

-SAM refirió "...me siento satisfecho, es una enfermedad un poco difícil pero siempre se puede un poco más, a partir de ahora creo que puedo cuidar a mi mamá mejor, increíble todo lo que he aprendido..."

-MGR planteó "...al principio me fue difícil porque no estoy acostumbrada a que me visiten, pero después esperaba a las enfermeras con ansias porque con el pasar de los días me di cuenta que trataba mejor a mi hermana..."

-ECL comentó "...increíble como a partir de lo que me han explicado las enfermeras tolero un poquito más las *majaderías* de mi mamá, antes creía que lo hacía para molestarme..."

En la valoración de la Intervención Personalizada de Enfermería para la modificación de la ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada en el Policlínico Docente "Julio Antonio Mella" se desarrolló un pre-experimento que tiene como objetivo valorar los cambios ocurridos en los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada, a partir de las acciones que se ejecutan con la propuesta.

Se consideró como (**H₁**): la aplicación de la Intervención Personalizada de Enfermería produce cambios positivos en el cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer leve y moderada, del Policlínico Docente "Julio Antonio Mella" y como (**H₀**): la aplicación de la Intervención Personalizada de Enfermería no produce cambios positivos en el cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer leve y moderada, del Policlínico Docente "Julio Antonio Mella".

Para establecer la comparación de los resultados obtenidos se utiliza el cálculo de los índices ponderados antes y después de aplicada la intervención, lo cual permitió la valoración del cambio de las categorías utilizadas para el análisis de los instrumentos como se puede observar en los gráficos 13.1 y 14.1 en los anexos 13 y 14.

Al analizar de forma crítica los resultados del proceso de investigación, la autora considera que los cambios positivos observados en la ansiedad y la depresión son considerables en los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada, esto favorece el perfeccionamiento de la propuesta y de sus resultados.

Con los resultados cuantitativos y cualitativos obtenidos con la aplicación del inventario de ansiedad y de depresión de Beck, se comprobó la hipótesis alternativa (H_1), la cual expresa que la aplicación de la Intervención Personalizada de Enfermería produce cambios positivos en el cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer leve y moderada, del Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”.

Conclusiones del capítulo

En el capítulo presentado se pudo evidenciar el diseño, la implementación y la valoración de una Intervención Personalizada de Enfermería para modificar la ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada. Se obtuvo como principal resultado la adquisición de conocimientos sobre la enfermedad de Alzheimer y la modificación de la ansiedad y depresión en estos cuidadores.

CONCLUSIONES

- ✓ La determinación de los fundamentos teóricos de las Ciencias de Enfermería permitió la sistematización del proceso de ansiedad y depresión en los cuidadores principales a partir de la revisión documental actualizada sobre la enfermedad de Alzheimer desde el ámbito internacional y nacional, y la Teoría de los Cuidados de Kristen Swanson como sustento teórico para desarrollar la investigación.
- ✓ La integración de los conocimientos le permitió a la autora la contextualización de definiciones de conceptos como: Cuidado del paciente con enfermedad de Alzheimer, Ansiedad y depresión en el cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer e Intervención Personalizada de Enfermería para el cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer.
- ✓ La caracterización del estado actual de los síntomas afectivos manifestados en ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada, posibilitó determinar sus problemas y potencialidades que posibilitaron el diseño de la Intervención Personalizada de Enfermería.
- ✓ El diseño de una Intervención Personalizada de Enfermería para la modificación de los síntomas afectivos manifestado en ansiedad y depresión en el cuidador principal de paciente con Enfermedad de Alzheimer leve y moderada, se organizó en secciones de trabajo, mediante técnicas participativas, lideradas por el personal de Enfermería.
- ✓ La implementación de una Intervención Personalizada de Enfermería para los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada, liderada por el personal de Enfermería, mejoró el nivel de conocimiento sobre esta entidad, mediante la instrucción de acciones independientes de la profesión aplicadas desde la Teoría de los Cuidados y la

Taxonomía NANDA, NIC y NOC, lo que modificó los síntomas afectivos manifestados en ansiedad y depresión.

- ✓ Los resultados finales obtenidos permitieron evidenciar los cambios positivos en el cuidador principal de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada, mediante la aplicación de la Intervención Personalizada de Enfermería para la modificación de los síntomas afectivos manifestados en ansiedad y depresión
- ✓ La investigación realizada facilitó el proceso de solución al problema científico planteado, al encontrar los argumentos teóricos, científicos y prácticos necesarios para el diseño e implementación de una Intervención Personalizada de Enfermería que contribuyó a modificar los síntomas afectivos manifestado en ansiedad y depresión en el cuidador principal de paciente con enfermedad de Alzheimer leve y moderada del Policlínico Docente Julio Antonio Mella.

RECOMENDACIONES

- ✓ Proponer la Intervención Personalizada de Enfermería para la modificación de la ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada en el resto de las áreas de salud del municipio.
- ✓ Socializar los resultados en eventos científicos nacionales e internacionales, y artículos en revistas especializadas.
- ✓ Valorar la inclusión y la actualización de nuevos contenidos para favorecer la modificación de la ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

| | |
|----|---|
| 1 | Reyes I, Castillo JA. El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. Rev Cubana Invest Bioméd [serie en Internet]. 2011[citado 12 Sept 2015]; 30(3): [aprox 5 p.]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/pdf/ibi/v30n3/ibi06311.pdf |
| 2 | Nash N, Jazmín O, González J, Hernández EM, Quintero E, Peña M et al. Deterioro cognitivo y disminución de la marcha en adultos mayores del área urbana y rural. Psicología Clínica y Psicoterapia [serie en Internet]. 2013 sept 1[citado 12 oct 2015]; 15(13): [aprox. 17 p.]. Disponible en: http://www.psicologiacientifica.com/deterioro-cognitivo-disminucion-marcha-adultos-mayores/ |
| 3 | Llibre JJ. Envejecimiento y demencia: Implicaciones para la comunidad científica, la salud pública y la sociedad cubana. Revista Anales de la Academia de Ciencias de Cuba [serie en Internet]. 2012 oct [citado 8 Abr 2015]; 2 (2): [aprox. 18 p.]. Disponible en: www.revistaccuba.cu/index.php/acc/article/view/126/105 |
| 4 | Sotolongo O, Rodríguez L. Prevalencia del síndrome demencial y la enfermedad de Alzheimer en pacientes del policlínico "Pedro Fonseca". Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 2012 dic [citado 8 may 2015]; 28 (4): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252012000400012&script=sci_arttext |
| 5 | Oficina Nacional de Estadísticas e Información. Anuario Estadístico de Salud 2016 [página web en Internet]. 2017 [citado 15 abril 2017]. Disponible en: http://www.onei.cu |
| 6 | Llibre JJ, Valhuerdi A, Calvo M, García RM, Guerra M, López AM et al. Epidemiología, diagnóstico e impacto de las demencias y otras enfermedades crónicas o transmisibles en adultos mayores cubanos, 2002-2012. Revista Anales de la Academia de Ciencias de Cuba [serie en Internet]. 2014 oct [citado 8 Abr 2015]; 4 (2): [aprox. 18 p.]. Disponible en: www.revistaccuba.cu/index.php/acc/article/view/279 |
| 7 | Oficina Nacional de Estadísticas e Información. El envejecimiento de la población cubana por provincias y municipios 2017 [página web en Internet]. 2018 [citado 6 jul 2018]. Disponible en: http://www.onei.cu/envejecimiento2017.htm |
| 8 | Llibre J, Gutiérrez RF. Demencias y enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe. Rev Cubana Salud Pública [serie en Internet]. 2014 [citado 31 jul 2015]; 40(3): [aprox. 10 pp.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0864-34662014000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es . |
| 9 | Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali GC, Wu YT, Prina M et al. The Global Impact of Dementia. Alzheimer's Disease International [serie en Internet]. 2015 [citado 30 nov 2015] Disponible en: http://www.alz.co.uk/research/GlobalImpactDementia2015.pdf |
| 10 | Del Hoyo N. La cara oculta del Alzheimer: los cuidadores familiares. [Tesis]. España: Universidad de Valladolid; 2015. |
| 11 | Da Nova M, Cavalheiro A. O impacto da doença de Alzheimer no cuidador. Psicol. estud. [serie en Internet]. 2008 Apr-June [citado 20 Abr 2011]; 13(2): [aprox. 16 pp.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000200004&lang=pt |
| 12 | Cerquera AM, Galvis MJ. Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. Pensam psicol [serial en Internet]. 2014 ene-Jun [citado 31 |

| | |
|----|--|
| | jul 2015]; 12(1): [aprox. 20 pp.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-89612014000100011&script=sci_arttext&tlng=en |
| 13 | Barrera L. El cuidado del cuidador que afronta enfermedades crónicas. En: Cuidado y práctica de enfermería. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. Bogotá: Unibiblos, 2000. |
| 14 | Losada A, Márquez M, Peñacoba C, Gallagher D, Knight BG. Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinaria. Rev Psicología Conductual 2007; 15(1):57-76. |
| 15 | Garzón M. Relación entre estadios, síntomas psicológicos-conductuales y depresión en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer. La Habana: Universidad Ciencias Médicas de La Habana; 2012. |
| 16 | World Health Organization. Dementia: A public health priority. Geneva: WHO;2012 [citado 5 Jun 2012] Disponible en: http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/ |
| 17 | Martín M, Ballesteros J, Domínguez AI, Muñoz P, González E. Intervenciones en el cuidador del enfermo con demencia. Actas EspPsiquiatr [serie en Internet]. 2014 [citado 31 jul 2015]; 42(6): [aprox. 12 pp.]. Disponible en: www.actaspsiquiatria.es/repositorio/16/92/ESP/16-92-ESP-300-314-718773.pdf |
| 18 | Espín AM. Estrategia para la intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Ciudad de la Habana. 2003 – 2009 [Tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de la Habana; 2010. |
| 19 | Llibre JJ, García L, Díaz JP. Demencias y enfermedad de Alzheimer un recorrido por la historia. Geroinfo [serie en Internet]. 2014 [citado 8 Abr 2015]; 9 (1): [17 pp.]. [aprox. 12 pp.]. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/geroinfo/ger-2014/ger141b.pdf |
| 20 | Buschert V, Bokde A, Hampel H. Cognitive intervention in Alzheimer disease Nat. Rev. Neurol. 2010 sept; 6: 508–17. |
| 21 | Cerquera AM, Galvis MJ. Aspectos bioéticos en la atención al enfermo de Alzheimer y sus cuidadores. Pers.bioét [serie en Internet]. 2013 ene-jun [citado 31 jul 2015]; 17(1): [aprox. 12 pp.]. Disponible en: http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/3127/html |
| 22 | Rodríguez L, Llibre JJ. Práctica médica en las demencias. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 8-22. |
| 23 | Small GW, Greenfield S. Current and Future Treatments for Alzheimer Disease. Am J Geriatr Psychiatry [serie en Internet]. 2015 nov [citado 14 oct 2016]; 23 (11): [aprox. 12pp]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26614911 |
| 24 | Pérez M, Cartaya M, Olano BC. Variables asociadas con la depresión y la sobrecarga que experimentan los cuidadores principales de los ancianos con Alzheimer. Rev Cubana Enfermer [serie en Internet]. 2012 oct-dic [citado 25 dic 2011]; 28(4): [aprox. 12 pp.]. Disponible en: http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/124/32 |
| 25 | Enfermedad de Alzheimer [base de datos en Internet]. EBSCO: Enfermería al Día. c2012 - [citado 15 dic 2015]. Disponible en: http://web.a.ebscohost.com/nrc/detail?vid=60&sid=7169b032-fbca-472e-ac2a- |

| | |
|----|--|
| | 8d2c79ef5b4a%40sessionmgr4003&hid=4112&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1ucmMtc3Bh#db=nre&AN=SPA500000389 |
| 26 | Llibre JJ. Prevalencia de demencias y otras enfermedades crónicas no trasmisibles, factores de riesgo y estilos de vida en el adulto mayor. Estudio 10/66 en Ciudad de La Habana y Matanzas. En: Demencias y enfermedad de Alzheimer en la población cubana. La Habana: Editorial Científico-Técnico; 2008. p. 59 – 69. |
| 27 | Leal B, Méndez AB. Análisis descriptivo sobre el envejecimiento de la población y la enfermedad de Alzheimer. La realidad social actual. Rev Acciones e Investigaciones Sociales. 2006 May: 433-51. |
| 28 | Navarro E, Conde MA, Villanueva JA. Enfermedad de Alzheimer. Medicine. 2015; 11(72):4306-15. |
| 29 | Guerra MA, Llibre JJ, García L. Síntomas psicológicos y conductuales en adultos mayores con diagnóstico de demencia. Panorama y Salud [serie en Internet]. 2011 [citado 13 Abr 2015]; 6 (2-3): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3812306 |
| 30 | Marante E, Casanova MC, Núñez E, Pozo LN, Trasancos M, Ochoa MR. Educación a familiares sobre el manejo del adulto mayor dependiente. AMC [serial en Internet]. 2014 may-jun [citado 24 jul 2016]; 18(3): [aprox. 14 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552014000300004&script=sci_arttext&tlng=en |
| 31 | Garzón M, Pascual Y, Collazo EC. Malestar psicológico en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Rev Cub Enfermer [serie en Internet]. 2016 jul-set [citado 3 agost 2018]; 32(3): [aprox 6 pp.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000300012 |
| 32 | Donaldson MS. The importance of measuring quality of care at the end of life. The Hospice Journal. 1998; 13: 117-38. |
| 33 | Attree M. An analysis of the concept quality as it relates to contemporary nursing care. Int J NursStud. 1993; 30: 555-69. |
| 34 | Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7ma ed. Barcelona: Elsevier España; 2011.p. 190-221. |
| 35 | Purnell MJ, Boykin A, Savina O. Schoenhofer: La teoría de la enfermería como cuidado: un modelo para transformar la práctica. En: Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7ma ed. Barcelona: Elsevier España; 2011.p. 393-415. |
| 36 | Baster JC. Glosario de términos y definiciones Gerontología y Geriátrica. Ciudad de la Habana: ECIMED; 2010. |
| 37 | Fernández I, Silvano A, Del Pino M. Percepción del cuidado por parte del cuidador familiar. Index Enferm [serie en Internet]. 2013 ene-jun [citado 29 agost 2015]; 22(1-2): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962013000100003&script=sci_arttext&tlng=entarget=blank |
| 38 | Masanet E, La Parra D. Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. RevEsp Salud Pública [serie en Internet]. 2011 may-jun [citado 14 abr 2018]; 85(3): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n3/04_original2.pdf |
| 39 | Flores N, Genaro C, Moro L, Tomsa R. Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y |

| | |
|----|--|
| | profesionales de personas mayores dependientes: estudio comparativo. Eur J investig health psychol educa [serie en Internet]. 2014 [citado 14 abr 2018]; 4(2): [aprox. 10 p.]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4932328.pdf |
| 40 | Rizo AC, Molina M, Milián NC, Pagán PE, Machado J. Caracterización del cuidador primario de enfermo oncológico en estado avanzado. Rev Cub Med Gen Int [serie en Internet]. 2016 [citado 14 abril 2018]; 32(3): [aprox. 13 p.]. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2016/cmi163e.pdf |
| 41 | Gómez-Martinho MR. Cuidado formal e informal de personas mayores dependientes. Madrid. [Tesis]. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2016. |
| 42 | Vaquiro S, Stiepovich J. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. Ciencia y Enfermería [serie en Internet]. 2010 [citado 14 abril 2018]; XVI (2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v9n2/v9n2a02.pdf |
| 43 | De los Santos P, Carmona SE. Cuidado informal: una mirada desde la perspectiva de género. Rev latinoam estud fam [serie en Internet]. 2012 [citado 15 oct 2018]; 4: [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://revlatinofamilia.ucaldas.edu.co/downloads/Rlef4_8.pdf |
| 44 | Rodríguez A, Cobo R. Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, 2005. |
| 45 | Troncoso D. Cuidado informal a mayores dependientes en Chile: quiénes cuidan y con qué políticas sociales cuentan. América Latina Hoy [serie en Internet]. 2015 [citado 15 oct 2018]; 71: [aprox. 19 p.]. Disponible en: www.redalyc.org/html/308/30843703005/ |
| 46 | Cantillo M, Lleopart T, Ezquerro S. El cuidado informal en tiempos de crisis. Análisis desde la perspectiva enfermera. Enfermería Global [serie en Internet]. 2018 abr [citado 15 oct 2018]; 50: [aprox. 14 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000200515 |
| 47 | Ramos B, Jarillo EC. El cuidado informal de personas con enfermedad renal crónica. Una mirada desde la salud colectiva y la teoría de las representaciones sociales. EN-CLAVES del pensamiento [serie en Internet]. 2014 ene-jun [citado 15 oct 2018]; VIII (15): [aprox. 22 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-879X2014000100195&script=sci_arttext |
| 48 | Masanet E, La Parra D. Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. Rev Esp Salud Pública [serie en Internet]. 2011 may-jun [citado 14 abril 2018]; 85(3): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n3/04_original2.pdf |
| 49 | Expósito Y. La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. Rev haban cienc méd [serie en internet]. 2008 jul-sep [citado 30 sept 2015]; 7(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2008000300004&script=sci_arttext&lng=pt |
| 50 | Vázquez Y. Autocuidado de pacientes hemodializados desde su cuidador. [Tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de la Habana; 2017. |
| 51 | Gallardo R, Barón D, Cruz E. Fundamentación de un diseño metodológico para la evaluación del cuidado informal en enfermos de Alzheimer. Rev Cienc Méd Pinar Río [serie en internet]. |

| | |
|----|---|
| | 2012 jun [citado 11 sept 2016]; 16(3): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/940/html |
| 52 | De Mestral E, Riveros M, Pavón J, De Mestral E. Orientación a los familiares y cuidadores. En: Penny E, Melgar F. Geriatría y Gerontología para el médico internista. Bolivia: La Higuera; 2012. p. 635-44. |
| 53 | Pascual Y. La sobrecarga en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer. [Tesis]. La Habana: Universidad Ciencias Médicas de La Habana; 2012. |
| 54 | Rodríguez L, Llibre JJ. Práctica médica en las demencias. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 104-11. |
| 55 | Feldberg C, Tartaglino MF, Clemente MA, Petracca G, Cáceres F, Stefani D. Vulnerabilidad psicosocial del cuidador familiar. Creencias acerca del estado de salud del paciente neurológico y el sentimiento de sobrecarga. Neurología Argentina [serie en internet]. ene-marz 2011 [citado 15 oct 2018]; 3(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1853002811700039 |
| 56 | Ruiz-Robledillo N, Moya-Albiol L. El cuidado informal: una visión actual. REME [serie en internet]. 2012 [citado 15 oct 2018]; 1: [aprox. 9 p.]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Nicolas_Ruiz_Robledillo/publication/284721526_El_cuidado_informal_una_vision_actual/links/56573c5f08aeafc2aac0c8b3.pdf |
| 57 | Fernández de Larrinoa P, Martínez S, Ortiz N, Carrasco M, Solabarrieta J, Gómez I. Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. Psicothema [serie en internet]. 2011 [citado 15 oct 2018]; 23(3): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://riberdis.cedd.net/handle/11181/4098 |
| 58 | Martínez FE. Cómo cuidar en casa al anciano dependiente. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2014. |
| 59 | Arias M, Sánchez B. Apoyo al cuidador familiar en el proceso de institucionalizar a un ser querido con demencia. Rev Cub Enferm [serie en internet]. 2015 abr-jun [citado 28 sept 2016]; 31(2): [aprox. 13 p.]. Disponible en: http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/544/124 |
| 60 | Ferraz K, Cruz V, Brito JR, Silva de Oliveira RN, Nagib E, Missias R. Calidad de vida de cuidadores familiares de ancianos: una revisión integradora. Rev Cub Enferm [serie en internet]. 2013 oct-dic [citado 28 sept 2016]; 29(4):[aprox. 17 p.]. Disponible en: http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/253/73 |
| 61 | García M, Del Rizo M, Marcos J. Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. Gac Sanit [serie en internet]. 2011 dic [citado 28 sept 2016]; 25 Suppl 2: [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911111002998 |
| 62 | Echevarría RG, Crespo L, Crespo B, Méndez L, Fernández MA, Martínez D. La atención al cuidador, problema de salud necesario de abordar en los estudios médicos. EDUMECENTRO [serie en internet]. 2014 sep - dic [citado 24 sept 2016]; 6(3): [aprox.15 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/edu/v6n3/edu10314.pdf |
| 63 | Pascual Y, Garzón M, Silva H. Características sociodemográficas de pacientes con enfermedad de Alzheimer y sus cuidadores principales. Rev Cub Enfermer [serie en Internet]. |

| | |
|----|--|
| | 2015 abr - jun [citado 12 dic 2015]; 31(2): [aprox 11 p.]. Disponible en: http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/319/119 |
| 64 | Ávila-Toscano JH, Vergara-Mercado M. Calidad de vida en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas. Aquichan [serie en Internet]. 2014 sep [citado 12 ene 2016]; 14(3): [aprox 13 p.]. Disponible en: http://www.redalyc.org/html/741/74132361011/ |
| 65 | Saíz GM, Bordallo JR, García JN. El cuidador como paciente. FMC [serie en Internet]. 2008 [citado 12 sept 2016]; 15(7): [aprox 9 p.]. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134207208722072 |
| 66 | Galindo O, Rojas E, Ascencio L, Meneses A, Aguilar JL, Olvera E, et cols. Guía de práctica clínica para la atención psico-oncológica del cuidador primario informal de pacientes con cáncer. Psicooncología [serie en Internet]. 2015 [citado 16 oct 2018]; 12(1): [aprox 18 p.]. Disponible en: http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/48906/45632 |
| 67 | Velásquez VF, López L, Barreto Y, Cataño Nhora. Cuidadores familiares campesinos: depresión, tiempo de cuidado y dependencia. Hacia promoció salud [serie en Internet]. 2016 [citado 16 oct 2018]; 21(1): [aprox 9 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a09.pdf |
| 68 | De Valle-Alonso MJ, Hernández-López IE, Zuñiga-Vargas ML, Martínez-Aguilera P. Sobrecarga y burnout en cuidadores informales del adulto mayor. Enfermería Universitaria [serie en Internet]. 2015 [citado 16 oct 2018]; 12(1): [aprox 9 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000100004 |
| 69 | Guerra-Martín MD, Amador-Marín B, Martínez-Montilla JM. Problemas de salud de los cuidadores familiares de personas mayores de 65 años afectadas de insuficiencia renal crónica: una revisión sistemática. An. Sist. Sanit. Navar [serie en Internet]. 2015 [citado 16 oct 2018]; 38(3): [aprox 14 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v38n3/revision1.pdf |
| 70 | Crespo M, Fernández-Lansac V. Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. Anal Psicol [serie en Internet]. 2015 ene [citado 16 oct 2018]; 31(1): [aprox 9 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282015000100003 |
| 71 | Pérez-Pareja B, Quiles Y, Romero C, Pamies-Aubalat L, Quiles MJ. Malestar psicológico y emoción expresada en cuidadores de pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria. Analesps [serie en Internet]. 2014 ene [citado 16 oct 2018]; 30(1): [aprox 9 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282014000100004 |
| 72 | Piqueras JA, Martínez AE, Ramos V, Rivero R, García LJ, Oblitas LA. Ansiedad, depresión y salud. Suma Psicol [serie en Internet]. 2008 [citado 7 nov 2014]; 15(1): [aprox 34 p.]. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0121-43812008000100005&script=sci_arttext&tlng=es |
| 73 | González FM. Instrumentos de evaluación psicológica para el estudio de los estados de ansiedad y depresión. En: González FM. Instrumentos de evaluación psicológica. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2007.p. 165. |
| 74 | Vasco PA. Correlación existente en cuidadores acerca del nivel de sobrecarga, grado de depresión y nivel de ansiedad en la atención de pacientes de la fundación jóvenes contra el cáncer de la ciudad de Quito durante el año 2015. [Tesis]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2016. |

| | |
|----|--|
| 75 | Sun Y, Ho Y, Park S, Ok D, Mi K, Jin H et cols. Depression in family caregivers of cancer patients: The feeling of burden as a predictor of depression. J Clin Oncol [serie en Internet]. 2008 dic [citado 16 oct 2018]; 26(36): [aprox 6 p.]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Young_Ho_Yun/publication.pdf |
| 76 | Zarragoitia I. Depresión. Características principales. En: Zarragoitia Alonso I. Depresión: generalidades y particularidades. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 6-12. |
| 77 | Piqueras JA, Ramos V, Martínez AE, Oblitas LA. Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. Suma Psicológica. 2009 Dic; 16 (2): 85-112. |
| 78 | Belmaker RH, Agam G. Major depressive disorder. N Engl J Med [serie en Internet]. 2008 [citado 1 Oct 2010]; 358: [aprox. 10 pp.]. Disponible en: http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra073096 |
| 79 | Aranda-Paniora F. Depresión y ansiedad en cuidadores primarios en el Instituto Nacional de Salud del Niño. An Fac med [serie en Internet]. 2017 [citado 28 oct 2018]; 78 (3): [aprox 4 p.]. Disponible en: www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832017000300004&script=sci_arttext&lng=en |
| 80 | López-Martínez C, Frías-Osuna A, Del Pino-Casado R. Sentido de coherencia y sobrecarga subjetiva, ansiedad y depresión en personas cuidadoras de familiares mayores. Gac Sanit [serie en Internet]. 2017 [citado 26 oct 2018]; [aprox 6 p.]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117302601 |
| 81 | Ferré-Grau, Sevilla-Casado M, Boqué-Cavallé, Aparicio-Casals MR, Valdivieso-López A, Lleixà-Fortuño M. Efectividad de la técnica de resolución de problemas aplicada por enfermeras: disminución de la ansiedad y la depresión en cuidadoras familiares. Aten Primaria [serie en Internet]. 2012 [citado 28 oct 2018]; 44 (12): [aprox 7 p.]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656712002089 |
| 82 | Gómez-Galindo AM, Peñas-Felizola, Parra-Esquivel EI. Caracterización y condiciones de los cuidadores de personas con discapacidad severa en Bogotá. Rev salud pública [serie en Internet]. 2016 [citado 28 oct 2018]; 18 (3): [aprox 12 p.]. Disponible en: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0124-00642016000300004&script=sci_arttext&lng=es |
| 83 | Segura-Pacheco A, Peña-Sánchez R, Gonzales E. Valoración de la ansiedad y depresión en cuidadores informales del adulto mayor dependiente del Policlínico Chiclayo – Oeste durante julio-diciembre 2012. Rev cuerpo méd [serie en Internet]. 2014 [citado 28 oct 2018]; 7 (1): [aprox 5 p.]. Disponible en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2217/3/segura_am.pdf |
| 84 | Gallardo R, Barón D, Cruz E. El cuidado informal en enfermos de Alzheimer: evaluación a partir de un modelo teórico. Rev. Ciencias Médicas [serie en Internet]. 2012 [citado 14 agost 2017]; 16(1): [aprox 11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v16n1/rpr20112.pdf |
| 85 | Garzón M, Pascual Y. La depresión en el cuidador principal de adultos mayores con enfermedad de Alzheimer leve y moderada. INFOHEM. 2015 oct-dic; 13(4): 17-28. |
| 86 | Escobar CL, Cardozo Y, Mejía OL, Muñoz MJ, Cuartas PA. Significado que construye el personal de Enfermería sobre los cuidadores familiares de personas hospitalizadas. Investig. Enferm. Imagen Desarr. [serie en Internet]. 2016 ene-jun [citado 13 feb 2017]; 18(1): [aprox 16 p.]. Disponible en: http://www.redalyc.org/html/1452/145243501006/ |

| | |
|----|--|
| 87 | Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. ed. 2017. Sao Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2017 [actualizado 2017 May 18; [citado 13 oct 2018]. Disponible en: http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm |
| 88 | Escobar-Castellanos B, Sanhueza-Alvarado O. Patrones de conocimiento de Carper y expresión en el cuidado de enfermería: estudio de revisión. Enfermería: Cuidados Humanizados [serie en Internet]. 2018 jun [citado 28 oct 2018]; 7(1): [aprox 16 p.]. Disponible en: www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S2393-66062018000100027&script=sci_arttext |
| 89 | Durán MM. Marco epistemológico de la enfermería. Aquichán [serie en Internet]. 2002 jun-dic [citado 2 may 2012]; 2(1):[aprox 16 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972002000100003 |
| 90 | Wojnar DM, Kristen M. Swanson: Teoría de los cuidados. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. 7ma Ed. España: Elsevier; 2011. p. 741- 52. |
| 91 | Cano MF, Piñeros AJ, Vargas AM. Propuestas de cuidado de enfermería durante la lactancia materna enmarcado en la Teoría de Kristen Swanson [tesis]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2012. |
| 92 | Castañeda JF, Ramos JX. Aplicación de la Teoría de Kristen Swanson en el cuidado de pacientes con enfermedad coronaria: una experiencia desde la docencia. UNIMAR. [serie en internet]. 2016 [citado 14 dic 2016]; [aprox 9 p.]. Disponible en: http://www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/libroseditorialunimar/article/view/998 |
| 93 | León CA. Enfermería como ciencia. En: Bello NL. Fundamentos de Enfermería. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006. p. 32-64. |
| 94 | Andershed B, Olsson K. Review of research related to Kristen Swanson's middle-range theory of caring. Scandinavian Journal of Caring Sciences [serie en Internet]. 2009 sept [citado 30 oct 2018]; 23 (3): [aprox 12 p.]. Disponible en: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1471-6712.2008.00647.x |
| 95 | Rodríguez VA, Valenzuela S. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. Enfermería Global [serie en Internet]. 2012 oct [citado 12 ago 2017]; 28: [aprox 7 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012004400116 |
| 96 | Giraldo NP, García JE. Cuidado para el bienestar de los familiares de pacientes hospitalizados en una unidad de cuidado intensivo adultos con base en la Teoría de Kristen Swanson [tesis]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2010. |
| 97 | Posada-Morales MN, Helena C. Adecuación semántica de la Escala de Cuidado Profesional (CPS). CHÍA [serie en Internet]. 2013 abr [citado 12 ago 2017]; 13 (1): [aprox 14 p.]. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4326145.pdf |
| 98 | Araque S, Ariza NE, Valderrama ML. Estrategia Educativa para el cuidado domiciliario de los bebés prematuros: Madres usuarias del programa Madre Canguro de Tunja, Colombia. Rev Cuid [serie en Internet]. 2013 [citado 12 oct 2018]; 4(1): [aprox 8 p.]. Disponible en: www.scielo.org.co/pdf/cuid/v4n1/v4n1a06.pdf |
| 99 | Guerra M. Fortalecimiento del vínculo padres-hijo a través del proceso de cuidado de Kristen Swanson. Cienc innov salud [serie en Internet]. 2013 dic [citado 12 agosto 2017]; 1 (2): [aprox 6 p.]. Disponible en: |

| | |
|-----|---|
| | http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/ojs/index.php/innovacionsalud/article/download/540/522 |
| 100 | Beltrán JA. Propuesta de cuidado de enfermería para promover la imagen corporal de un grupo de puérperas adolescentes [tesis]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2012. |
| 101 | Lozano L, Silva M. Propuesta de cuidado de enfermería basado en la teoría de los cuidados de Kristen Swanson para los pacientes con EPOC y Ventilación Mecánica no Invasiva (VMNI) hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios de un hospital de tercer nivel de atención [tesis]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2014. |
| 102 | Noguera NY, Villamizar AP. “Un milagro de vida”: de la teoría a la práctica de la enfermería. Rev Colombiana de Enfermería [serie en Internet]. 2014 [citado 29 oct 2018]; 9 (9): [aprox 9 p.]. Disponible en: https://dialnet.uniroja.es/descarga/articulo/6547166.pdf |
| 103 | Chinguel KY, Peredo BS. Efectividad del cuidado domiciliario de enfermería en la adherencia al tratamiento según la Teoría de Swanson en pacientes con hipertensión arterial en un centro de salud de Puente Piedra – 2017 [tesis]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2018. |
| 104 | Silas A. Estrategia de Intervención domiciliar coordinada por enfermeros para mejorar la calidad de vida a pacientes con Accidente Vascular Encefálico, y sus cuidadores en la Comunidad de Cazenga. [Tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Pedagógicas “Enrique José Varona”; 2017. |
| 105 | Tintaya P. Operacionalización de las variables psicológicas. Investigación Psicológica [serie en Internet]. 2015 jun [citado 29 oct 2018]; 13: [aprox 16 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rip/n13/n13_a07.pdf |
| 106 | Rodríguez R. Modelos de enfermería integrados al cuidado del paciente nefrológico en el contexto cubano. Rev Cub Enfermer [serie en Internet]. 2012 oct-dic [citado 2 agost 2015]; 28(4):[aprox 11 p.]. Disponible en: http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/121/29 |
| 107 | Garzón M, Pascual Y, Collazo EC. Relación entre depresión y características sociodemográficas en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Rev Cub Enfermer [serie en Internet]. 2018 ene - marz [citado 15 may 2018]; 34(1): [aprox 9 p.]. Disponible en: http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1513/330 |
| 108 | Rosdinom R, Zarina M, Zanariah M, Marhani M, Suzaily W. Behavioural and psychological symptoms of dementia, cognitive impairment and caregiver burden in patients with dementia. Preventive Medicine [serie en Internet]. 2013 [citado 22 agost 2016]; 57: [aprox 3 p.]. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743513000030 |
| 109 | Si-Sheng H, Meng-Chih L, Yi-Cheng L, Wen-Fu W, Te-Jen L. Caregiver burden associated with behavioral and psychological symptoms of dementia in Taiwanese elderly. Archives of Gerontology and Geriatrics [serie en Internet]. 2012 [citado 22 agost 2016]; 55: [aprox 5 p.]. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494311000938 |
| 110 | Molinueva JL, Hernández B. Perfil del cuidador informal asociado al manejo clínico del paciente con enfermedad de Alzheimer no respondedor al tratamiento sintomático de la enfermedad. Neurología [serie en Internet]. 2011 [citado 30 sept 2016]; 26(9): [aprox 10 p.]. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485311002556 |
| 111 | Barneto M, Bajo L, Espauella J, Dalmau N, Altimiras J. Resultados de los parámetros de |

| | |
|-----|---|
| | evaluación asistenciales de una unidad de atención intermedia para pacientes con demencia. Rev Esp Geriatr Gerontol [serie en Internet]. 2010 [citado 30 sept 2016]; 45(4):[aprox 3 p.]. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X10000417 |
| 112 | De la Rica M, González V. Valoración del dolor en pacientes con demencia avanzada institucionalizados. Gerokomos [serie en Internet]. 2014 mar [citado 30 sept 2016]; 25(1): [aprox 14 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000100002&lang=pt |
| 113 | Herrera DM, Rodríguez A, García R, Pérez D, Chang M, Echemendía B et col. Caracterización del cuidado informal de pacientes dependientes en el policlínico "Héroes de Girón" en el 2009. Revista Cubana de Medicina General Integral [serie en Internet]. 2012 [citado 30 sept 2015]; 28(2): [aprox 17 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v28n2/mgi04212.pdf |
| 114 | Rodríguez L, Sotolongo O, Luberta GV, Díaz MA. Prevalencia del Síndrome Demencial y la Enfermedad de Alzheimer en dos Policlínicos de La Lisa. 2008-2009. GEROINFO [serie en Internet]. 2009 [citado 12 ene 2010]; 4(3): [aprox. 12 pp.]. Disponible en: www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/.../prevalencia_sindrome_demencial.pdf |
| 115 | Pérez M, Álvarez T, Martínez EJ, Valdivia S, Borroto I, Pedraza H. El síndrome del cuidador en cuidadores principales de ancianos con demencia Alzheimer. Gac Méd Espirit [serie en internet]. 2017 ene-abr [citado 30 oct 2017]; 19 (1): [aprox 12 p.]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000100007&lng=es&nrm=iso |
| 116 | Kwo-Chen L, Jia-Jean Y, Yann-Fen C. Effect of integrated caregiver support on caregiver burden for people taking care of people with cancer at the end of life: A cohort and quasi-experimental clinical trial. International Journal of Nursing Studies [serie en internet]. 2016 [citado 23 oct 2016]; 56: [aprox 10 p.]. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748916000031 |
| 117 | Mendoza R, Company MC, Hernández EL, Medina M, Gómez ML, Suárez L et cols. Perfil del cuidador principal en el área de salud de Gran Canaria. ENE [serie en internet]. 2014 ago [citado 23 oct 2016]; 8 (2): [aprox 10 p.]. Disponible en: http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/435/CUIDADORAS |
| 118 | Espín AM. Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Rev Cubana Salud Publica [serie en internet]. 2008 jul-sep [citado 14 agost 2013]; 34 (3): [aprox 12 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000300008 |
| 119 | Moral-Fernández L, Moreno-Cámara S, Palomino-Moral PA. Los motivos para cuidar a familiares mayores dependientes: Una revisión cualitativa. Paraninfo Digital [serie en internet]. 2017 [citado 12 oct 2017]; (26): [aprox 8 p.]. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n26/pdf/003.pdf |
| 120 | Martínez FE. Necesidades de aprendizaje del cuidador principal para el tratamiento del anciano con demencia tipo Alzheimer. Rev Cubana Enfermer [serie en internet]. 2009 jul-dic [citado 21 nov 2018]; 25(3-4): [aprox 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v25n3-4/enf06309.pdf |
| 121 | Broche-Pérez Y, Fernández-Fleites Z, Hernández Pérez MA, Salazar-Guerra YI. Conocimiento |

| | |
|-----|--|
| | público y creencias sobre las demencias: un estudio preliminar en la población cubana. Neurología [serie en internet]. 2018 may [citado 21 nov 2018]; [aprox 11 p.]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485318300987 |
| 122 | Jorge C, Cetó M, Arias A, Blasco E, Gil MP, López R et cols. Nivel de conocimiento de la enfermedad de Alzheimer en cuidadores y población general. Neurología [serie en internet]. 2018 may [citado 22 nov 2018]; [aprox 8 p.]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485318300896 |
| 123 | Pino MA. El conocimiento sobre la enfermedad del Alzheimer en personas cuidadoras familiares. Revisión de la literatura [tesis]. España: Universidad de Jaén; 2017. |
| 124 | Expósito MY. Intervención de cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida de cuidadores primarios de mujeres con cáncer de mama avanzado. [Tesis]. La Habana: Universidad Ciencias Médicas de La Habana; 2012. |
| 125 | Sanz J, García-Vera MP, Fortún M. El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): Propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. Psicología conductual [serie en internet]. 2012 [citado 22 nov 2018]; 20 (3): [aprox 8 p.]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Jesus_Sanz4/publication/286536823_THE_BECK_ANGIETY_INVENTORY_BAI_psychometric_properties_of_the_Spanish_version_in_patients_with_psychological_disorders/links/596bae01458515e9afb1cb24/THE-BECK-ANGIETY-INVENTORY-BAI-psychometric-properties-of-the-Spanish-version-in-patients-with-psychological-disorders.pdf |
| 126 | Sanz J. Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. Clínica y Salud [serie en internet]. 2014 [citado 22 nov 2018]; 25: [aprox 10 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v25n1/original4.pdf |
| 127 | López MJ, Orueta R, Gómez-Caro S, Sánchez A, Carmona J, Alonso FJ. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. Rev Clin Med Fam [serie en Internet]. 2009 jun [citado 2 nov 2015]; 2(7): [aprox 19 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2009000200004&script=sci_arttext&lng=en |
| 128 | Montero X, Jurado S, Méndez J. Carga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios informales de niños con cáncer. Psicología y Salud [serie en Internet]. 2014 ene-jun [citado 8 dic 2016]; 24(1): [aprox 9 p.]. Disponible en: http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/719 |
| 129 | Vega-Dienstmaier JM, Coronado-Molina O, Mazzotti G. Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. Rev Neuropsiquiatr [serie en Internet]. 2014 abr [citado 12 abr 2015]; 77(2): [aprox 9 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972014000200006&script=sci_arttext |
| 130 | Espín AM. "Escuela de Cuidadores" como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Rev Cubana Salud Publica [serie en internet]. 2008 jul-sep [citado 14 agost 2013]; 35 (2): [aprox 14 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v35n2/spu19209.pdf |
| 131 | Vera A, Villalón M. La triangulación entre métodos cualitativos y cuantitativos en el proceso de investigación. Ciencia & Trabajo. 2005 abr-jun; 16: 85-7. |
| 132 | Donolo DS. Triangulación procedimiento incorporado a nuevas metodologías de investigación. |

| | |
|-----|--|
| | Rev Digital Universitaria. 2009 agosto 10; 10(8): 1-10. |
| 133 | Izquierdo R. La comunicación interpersonal en la familia con un miembro consumidor de sustancias ilícitas [Tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Pedagógicas “Enrique José Varona”; 2012. |
| 134 | Hernández A. Programa de Intervención Psicoeducativo para personas con diagnóstico clínico de Herpes simple genital. [Tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de la Habana; 2011. |
| 135 | Diccionario Básico Escolar. 5ta ed, Santiago de Cuba: Centro de Lingüística Aplicada; 2015. Intervención; p. 644. |
| 136 | Cerguera AM, Pabón DK. Intervención en cuidadores informales de pacientes con demencia en Colombia: una revisión. <i>Psychologia: avances de la disciplina [serie en Internet]</i> . 2014 [citado 30 jun 2017]; 8(2): [aprox 9 p.]. Disponible en: http://revistas.usbbog.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/1222 |
| 137 | Jiménez L. Planificación estratégica. En: Curbelo T. <i>Fundamentos de la Salud Pública. T-II</i> . Habana: Ciencias Médicas; 2008. |
| 138 | Valentín F. Estrategia de intervención educativa para aumentar la percepción del riesgo ante el cáncer bucal [Tesis]. Cárdenas: Universidad Ciencias Médicas de Matanzas; 2014. |
| 139 | Naranjo Y. Estrategia de autocuidado en el adulto mayor con Úlcera Neuropática en la comunidad [Tesis]. Sancti Spíritus: Universidad Ciencias Médicas de La Habana; 2016. |
| 140 | Beltrán BM. Estrategia de intervención para la educación en salud de la embarazada en el municipio de Ranchuelo. Villa Clara [Tesis]. Santa Clara: Escuela Nacional de Salud Pública; 2007. |
| 141 | Bustillo MA, M Gómez-Gutiérrez M, Guillén AI. Los Cuidadores Informales de Personas Mayores Dependientes: una Revisión de las Intervenciones Psicológicas de los Últimos Diez Años. <i>Clínica y Salud [serie en Internet]</i> . 2018 [citado 10 jul 2018]; 29(2): [aprox 12 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v29n2/1130-5274-clinsa-29-2-0089.pdf |
| 142 | Lam LC, Lee J, Chung J, Lau A, Woo J, Kwork T. A randomized controlled trial to examine the effectiveness of case management model for community dwelling older persons with mild dementia in Hong Kong. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> 2010; 25 (4): 395 – 402. |
| 143 | Gavrilova S, Ferri C, Mikhaylova N, Sokolova O, Banerjee S, Prince M. Helping to carers to care. The 10/66 Dementia Research Group’s randomized control trial of a caregiver intervention in Russia. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> 2008; 24 (4): 347 – 354. |
| 144 | Guerra M, Fern C, Fonseca M, Banerjee S, Prince M. Helping to carers to care. The 10/66 Dementia Research Group’s randomized control trial of a caregiver intervention in Peru. <i>Rev. Bras. Psiquiatr</i> 2010; 33 (1): 47 - 54. |
| 145 | Cuevas-Cancino JJ, Moreno-Pérez NE. Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. <i>Enfermería Universitaria [serie en Internet]</i> . 2017 [citado 10 jul 2018]; 14(3): [aprox 12 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n3/2395-8421-eu-14-03-00207.pdf |
| 146 | Lorenzo BM, Mirabal G, Rodas A, Alfaro N. Intervención de enfermería sobre calidad de vida en cuidadores primarios de pacientes con cáncer. <i>Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión [serie en Internet]</i> . 2018 ene-mar [citado 10 jul 2018]; 3(1): |

| | |
|-----|---|
| | [aprox 6 p.]. Disponible en: https://enfermeriainvestiga.uta.edu.ec/index.php/enfermeria/article/view/157 |
| 147 | Mori MP. Una propuesta metodológica para la Intervención Comunitaria. LIBERABIT [serie en Internet]. 2008 [citado 10 jul 2018]; 14: [aprox 10 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v14n14/a10v14n14.pdf |
| 148 | Martí JJ. Obras completas. Tomo 8. Centro de Estudios Martianos. La Habana. 2008. p. 281. |
| 149 | Solís S. Modelo de evaluación del desempeño profesional del licenciado en Higiene y epidemiología [Tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas; 2017. |
| 150 | Cabrera K. Estrategia educativa para el desarrollo de habilidades comunicativas en estudiantes de la formación técnica en enfermería. [Tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Pedagógicas “Enrique José Varona”; 2016. |
| 151 | Ramírez CL, Téllez SE. Aplicación taxonómica: NANDA, NIC y NOC en los planes de cuidados de enfermería. En: Téllez SE, García M. Modelos de cuidados en enfermería. NANDA, NIC, NOC. México: McGRAW-HILL; 2012.p. 87-115. |
| 152 | García AM. NANDA North American Nursing Diagnosis Association. Desde su Nacimiento Hasta Nuestros Días. Rev de Enfermería [serie en Internet]. 2007 agost [citado 30 jun 2017]; 1(0): [aprox 19 p.]. Disponible en: http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/26 |
| 153 | Herdman TH, Kamitsuru S. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2015–2017. 10ma ed. Oxford: Wiley Blackwell; 2014. |
| 154 | Redacción Evidentia. NANDA-NIC-NOC “De la perplejidad a la generación de conocimiento”. Evidentia [serie en Internet]. 2007 mar-abr [citado 18 oct 2018]; 4(14): [aprox 6 p.]. Disponible en: http://www.index-f.com/evidentia/n14/341articulo.php |
| 155 | Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ta ed. España: Elsevier; 2014.p.XVII. |
| 156 | Figueredo K. Intervención de cuidados paliativos domiciliarios para mejorar la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama avanzado. [Tesis]. La Habana: Universidad Ciencias Médicas de La Habana; 2013. |
| 157 | Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ta ed. España: Elsevier; 2014.p.V-VI. |
| 158 | Arribas A .Planificación y ejecución. Formulación de objetivos. Intervenciones Taxonomía NIC. En: Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN). Cuidados enfermeros en atención primaria y especializada. Madrid: ediciones Enfo; 2007.p.288-306. |
| 159 | Morilla-Herrera JC, Morales-Asencio JM, Fernández-Gallego MC, Berrobianco E, Delgado A. Utilidad y validez de un instrumento basado en indicadores de la Nursing Outcomes Classification como ayuda al diagnóstico de pacientes crónicos de Atención Primaria con gestión ineficiente de la salud propia. An Sist Sanit Navar [serie en Internet]. 2011 [citado 10 oct 2018]; 34(1): [aprox 11 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100006 |
| 160 | Román M, Campos A, Viñas C, Palop R, Zamudio A, Domingo R. Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC en la práctica asistencial hospitalaria. Enfermería Clínica [serie en Internet]. 2005 [citado 18 oct 2018]; 15(3): [aprox 4 p.]. Disponible en: http://www.ics-aragon.com/cursos/iacs/102/lectura-recomendada-0-1.pdf |

| | |
|-----|--|
| 161 | Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ta ed. España: Elsevier; 2009. |
| 162 | Jordan M, Pachón L, Blanco ME, Achiong M. Elementos a tener en cuenta para realizar un diseño de intervención educativa. Rev Méd Electrón [serie en Internet]. 2011 jun-jul [citado 18 oct 2018]; 33(4): [aprox 7 p.]. Disponible en: http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol4%202011/tema17.htm |
| 163 | Torres M. Definición de funciones de enfermería por niveles de formación. Propuesta para el Sistema de Salud Cubano. [Tesis]. Ciudad de la Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2006. |
| 164 | Ávila M. Mejoramiento humano de los estudiantes de la Carrera de Enfermería [Tesis]. La Habana: Universidad de las Ciencias Pedagógicas "Enrique José Varona"; 2013. |
| 165 | Espinosa A. Desempeño profesional de Enfermería en el seguimiento a la adherencia al tratamiento antirretroviral. [Tesis]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de la Habana; 2016. |
| 166 | Balanza S, Morales I, Guerrero J, Conesa A. Fiabilidad y validez de un cuestionario para medir en estudiantes universitarios la asociación de la ansiedad y depresión con factores académicos y psicosociofamiliares durante el curso 2004-2005. Rev Esp Salud Pública [serie en Internet]. 2008 marz-abr [citado 2 agosto 2017]; 82(2): [aprox 12 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000200005 |
| 167 | Fregoso M, Jurado S, Gómez J. Efectos de una intervención de sesión única sobre la ansiedad y depresión en cuidadores primarios informales. Psicología y Salud [serie en Internet]. 2016 ene-jun [citado 23 marz 2018]; 26(1):[aprox 12 p.]. Disponible en: http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/1900/3475 |
| 168 | López-Ávila J, Enríquez-Reyna MC, Moreno-Aguirre D, López-Aguilera RA, Herrera-Castillo JM. Mejora en el conocimiento y la ansiedad de los cuidadores del paciente con traqueotomía después de asesoría personalizada. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [serie en Internet]. 2017 [citado 23 marz 2018]; 25(3): [aprox 8 p.]. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2017/eim173c.pdf |
| 169 | Zabalegui A, Montserrat D, Cabrera E, Gallart A, Bardallo D, Rodríguez E et al. Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años. Una revisión sistemática. Rev Esp Geriatr Gerontol Soc [serie en Internet]. 2008 [citado 12 feb 2014]; 43(3): [aprox 10 p.]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X08711764 |

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Alvarado C, Gómez JF, Etayo E, Giraldo CE, Pineda A, Toro E. Estudio poblacional de deterioro cognitivo en población colombiana. *Acta Médica Colombiana* [serie en Internet]. 2014 jul-sept [citado 12 oct 2016]; 39(3): [aprox 8 p.]. Disponible en: www.redalyc.org/html/1631/163132480010/
- Báez-Hernández FJ, Nava-Navarro V, Ramos-Cedeño L, Medina-López OM. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *CHÍA* [serie en Internet]. 2009 [citado 8 may 2017]; 9(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3125084.pdf>
- Bremer P, Cabrera E, Leino-Kilpi H, Lethin C, Saks K, Sutcliffe C, et al. Informal dementia care: Consequences for caregivers' health and health care use in 8 European countries. *Health Policy* [serie en Internet]. 2015 [citado 15 feb 2016]; 119: [aprox. 13 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851015002511>
- Bover-Bover A. El impacto de cuidar en el bienestar percibido por mujeres y varones de mediana edad: una perspectiva de género. *Enferm Clin* [serie en Internet]. 2006 [citado 14 ene 2016]; 16 (2): [aprox. 1 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862106711846>
- Burns A, Iliffe S. Enfermedad de Alzheimer. *BMJ* [serie en Internet]. 2009 [citado 2013 nov 1]; 338: [aprox 4 p.]. Disponible en: <http://www.revistaamicac.com/Enfermedad%20de%20Alzheimer.pdf>
- Buschert V, Bokde A, Hampe H. Cognitive intervention in Alzheimer disease. *Nat. Rev. Neurol* [serie en Internet]. 2010 agost [citado 12 oct 2013]; 6: [aprox 10 p.]. Disponible en: <https://www.nature.com/nrneurol/journal/v6/n9/abs/nrneurol.2010.113.html>
- Buxó MJ, Casado M. Reflexiones bioéticas sobre el cuidado prematuro desencadenado por el diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer. *Gac Sanit* [serie en Internet]. 2014 [citado 25 abr 2016]; 28(5): [aprox. 3 p.]. Disponible en: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0213-91112014000500017&script=sci_arttext
- Caceres BA, Frank MO, Jun J, Martelly MT, Sadarangani T, Cesar de Sales P. Family caregivers of patients with frontotemporal dementia: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies* [serie en Internet]. 2016 [citado 18 dic 2017]; 55: [aprox. 14 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748915003338>
- Castellano CL. Análisis de la relación entre las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento y los índices de bienestar en una muestra de personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [serie en Internet]. 2014 [citado 22 dic 2016]; 49(3): [aprox 7 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X13001145>
- Cohen-Mansfield J, Cohen R, Golander H, Heinik J. The impact of psychotic symptoms on the persons with dementia experiencing them. *American Journal of Geriatric Psychiatry* [serie en Internet]. 2016 marz [citado 18 jun 2017]; 24(3): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/1-s2.0-S1064748115003188>
- Correa BL, Romero SL, Camargo MI. Características y percepciones de las cuidadoras de familiares con enfermedad crónica. *Rev Humanidades* [serie en Internet]. 2011 [citado 16 oct 2014]; 39(1): [aprox. 23 p.]. Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistahumanidades/article/view/2642/5066>

- Cummings J. Alzheimer's disease diagnostic criteria: practical applications. *Alzheimer's Research & Therapy* [serie en Internet]. 2012 [citado 28oct 2013]; 4(35): [aprox 6 p.]. Disponible en: <http://health.springer.com/article/10.1186/alzrt138/fulltext.html>
- Chiu TM, Marziali E, Tang M, Colantonio A, Carswell A. Client-centred concepts in a personalized e-mail supporting intervention designed for chinese caregivers of family members with dementia: a qualitative study. *HKJOT* [serie en Internet]. 2010 [citado 23 may 2014]; 20(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1569186111700080>
- De la Cuesta-Benjumea C. La artesanía del cuidado: cuidar en la casa a un familiar con demencia avanzada. *Enferm Clin* [serie en Internet]. 2005 [citado 14 ene 2016]; 15: [aprox. 1 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862105711402>
- De Vugt ME, Verhey F. The impact of early dementia diagnosis and intervention on informal caregivers. *Progress in Neurobiology* [serie en Internet]. 2013 [citado 15 feb 2016]; 110: [aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301008213000415>
- Epstein-Lubow G, Gaudiano B, Darling E, Hinckley M, Tremont G, Kohn R, et al. Differences in depression severity in family caregivers of hospitalized individuals with dementia and family caregivers of outpatients with dementia. *Am J Geriatric Psychiatry* [serie en Internet]. 2012 sept [citado 18 oct 2015]; 20 (9): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S106474811261999X>
- Escobar CL, Cardozo Y, Mejía OL, Muñoz MJ, Cuartas PA. Significado que construye el personal de Enfermería sobre los cuidadores familiares de personas hospitalizadas. *Investig en Enferm Imagen desarr* [serie en Internet]. 2016 [citado 18 jul 2016]; 18 (1): [aprox. 16 p.]. Disponible en: www.redalyc.org/html/1452/145243501006/
- Escuredo-Rodríguez B. El discurso de las enfermeras ante el cuidado de las personas mayores dependientes y sus cuidadores familiares. *Index Enferm* [serie en Internet]. 2006 [citado 12 oct 2013]; 15(52-53): [aprox 8 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000100010&script=sci_arttext&tlng=en
- Fernández I, Silvano A, Del Pino M. Percepción del cuidado por parte del cuidador familiar. *Index Enferm* [serie en Internet]. 2013 ene-jun [citado 29 Agost 2015]; 22(1-2): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962013000100003&script=sci_arttext&tlng=entarget=blank
- Ferré-Grau C, Sevilla M, Boqué-Cavallé, MR, Cid-Buera D, Lleixá-Fortuño M, Monteso-Curto P, Berenguer-Poblet M. Cuidar a la cuidadora familiar: análisis de una intervención centrada en la familia. *Rev Esc Enferm* [serie en Internet]. 2014 [citado 12 jul 2016]; 48(Esp): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/103047>
- Forrellat-Barrios M, Hernández-Hernández A, Guerrero-Molina Y, Domínguez-López Y, Naranjo-Cobas AI, Hernández-Ramírez P. Importancia de los ejercicios físicos para lograr una ancianidad saludable. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter* [serie en Internet]. 2012 ene-mar [citado 13 Abr 2015]; 28 (1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-02892012000100004&script=sci_arttext
- Förstl H, Kurz A. Clinical features of Alzheimer's disease. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [serie en Internet]. 1999 [citado 12 oct 2013]; 249: [aprox 3 p.]. Disponible en: <http://health.springer.com/article/10.1007/s004060050101>

- Galimberti D, Scarpini E. Progress in Alzheimer's disease. J Neurol [serie en Internet]. 2012 [citado 12 oct 2013]; 259: [aprox 11 p.]. Disponible en: <http://health.springer.com/article/10.1007/s00415-011-6145-3/fulltext.html>
- Garzón M, Pascual Y, Collazo EC, Cárdenas Y. Depresión en cuidadores principales y síntomas psicológicos conductuales de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Geroinfo [serie en Internet]. 2016 [citado 15 jun 2017]; 11(1) [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/geroinfo/ger-2016/ger161d.pdf>
- Garzón M, Pascual Y, Collazo EC, Silva H, Ravelo M. Relación entre características sociodemográficas y clínicas de pacientes con Alzheimer y sobrecarga del cuidador principal. Rev Cubana Enfermer [serie en Internet]. 2017 jul-sep [citado 12 abr 2018]; 33 (3): [aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1032/279>
- Garzón N. Ética profesional y teorías de enfermería. CHÍA [serie en Internet]. 2005 oct [citado 14 ene 2016]; 5(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v5n1/v5n1a07.pdf>
- Givens JL, Mezzacappa C, Heeren T, Yaffe K, Fredman L. Depressive Symptoms Among Dementia Caregivers: Role of Mediating Factors. Am J Geriatr Psychiatry [serie en Internet]. 2014 may [citado 17 sept 2016]; 22(5): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1064748112000383>
- Harding R, Gao W, Jackson D, Pearson C, Murray J, Higginson IJ. Comparative Analysis of Informal Caregiver Burden in Advanced Cancer, Dementia, and Acquired Brain Injury. Journal of Pain and Symptom Management [serie en Internet]. 2015 oct [citado 16 jul 2016]; 50(4): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392415001840>
- Hernández M. Envejecimiento. Rev Cubana Salud Pública. [serie en Internet]. 2014 [citado 1 oct 2015]; 40(4): [aprox 18 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v40n4/spu11414.pdf>
- Herrera A, Flórez IE, Romero E, Montalvo A. Soporte social a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Cartagena. Aquichan [serie en internet]. 2012 dic [citado 29 sept 2015]; 12(3):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2308/pdf>
- Krüger A, da Silveira A, de Almeida KS, Lucca DC, dos Santos FR. Gerenciamiento del cuidado de enfermería al anciano con Alzheimer. Rev Cubana Enfermer [serie en Internet]. 2015 [citado 8 may 2017]; 31 (4): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/604/143>
- López J, Rodríguez MI. La posibilidad de encontrar sentido en el cuidado de un ser querido con cáncer. Psicooncología [serie en Internet]. 2007 [citado 15 jun 2013]; 4 (1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Javier_Lopez13/publication/27594512_La_posibilidad_de_encontrar_sentido_en_el_cuidado_de_un_ser_querido_con_cancer/links/5437851d0cf2590375c526c6/La-posibilidad-de-encontrar-sentido-en-el-cuidado-de-un-ser-querido-con-cancer.pdf
- Losada A, Márquez-González M, Peñacoba C, Romero-Moreno R, López J, Fernández-Fernández V, et al. Atendiendo a las variadas problemáticas de los cuidadores familiares de personas con demencia: aportaciones de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia de aceptación y compromiso. Clínica y Salud [serie en Internet]. 2015 [citado 16 jun 2016]; 1: [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v26n1/v26n1a06.pdf>

- Llanes C. La transculturación en el cuidado de enfermería gerontológica comunitaria. Rev Cubana Enfermer [serie en Internet]. 2012 [citado 25 jun 2014]; 28 (3): [aprox. 14 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000300004
- Llanes C. La sexualidad en el adulto mayor. Rev Cubana Enfermer [serie en Internet]. 2013 jul-sept [citado 8 may 2015]; 29 (3): [aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192013000300008&script=sci_arttext
- Llanes C. Envejecimiento demográfico y necesidad de desarrollar las competencias profesionales en enfermería geriátrica. Rev haban cienc méd [serie en Internet]. 2015 ene-feb [citado 8 Abr 2016]; 14 (1): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2015000100013&script=sci_arttext&lng=pt
- Llanes C. Geriatria. Temas para enfermería. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017.
- Mancilla E, Valenzuela J, Escobar M. Rendimiento en las pruebas “Timed Up and Go” y “Estación Unipodal” en adultos mayores chilenos entre 60 y 89 años. Rev. méd. Chile [serie en Internet]. 2015 ene [citado 8 Abr 2015]; 143 (1): [aprox. 11 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872015000100005&script=sci_arttext
- Molina ME. Cuidar y ser cuidado: una experiencia individual. Investigación y educación en enfermería [serie en Internet]. 2002 sept [citado 15 may 2013]; XX (2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/16737/14514>
- Navarro-González E, Calero MD, Becerra-Reina D. Trayectorias de envejecimiento de una muestra de personas mayores: un estudio longitudinal. Rev Esp Geriatr Gerontol [serie en Internet]. 2015 [citado 8 abr 2016]; 50(1) :[aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X14001371>
- Negromonte KK, Da Silva JI, Tavares A, Lopes de Souza L, Remigio T, Muniz da Silva M. Anxiety in the preoperative period of heart surgery. Rev Bras Enferm [serie en Internet]. 2016[citado 18 ene 2017]; 69(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672016000200397&script=sci_arttext
- O'Connor MF, Arizmendi BJ, Kaszniak AW. Virtually supportive: A feasibility pilot study of an online support group for dementia caregivers in a 3D virtual environment. Journal of Aging Studies [serie en Internet]. 2014 [citado 11 nov 2016]; 30: [aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890406514000231>
- Otaño M, Nuñez MB, Amechazurra M, Triana PG. Proyecto de intervención para prevenir enfermedades cerebrovasculares en adultos mayores vinculados a una casa de abuelos. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 2014 [citado 8 may 2015]; 30 (3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol30_3_14/mgi01314.htm
- Paiva RS, Valadares GV, Pontes JS. The need to become family caregivers: qualitative study focusing on the theory based on data. Online braz j nurs [serie en Internet]. 2012 dic [citado 4 oct 2016]; 11 (3):[aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3638>
- Pascual Y, Garzón M, Collazo EC, Silva H. Dependencia en pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada. Geroinfo [serie en Internet]. 2015 [citado 15 jun 2017]; 10(3) [aprox. 17 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/geroinfo/ger-2015/ger153c.pdf>
- Pascual Y, Garzón M, Ravelo M. Relación entre dependencia en pacientes con enfermedad de Alzheimer y sobrecarga en el cuidador principal. Rev Cubana Enfermer [serie en Internet]. 2018 ene-marz [citado 12 abr 2018]; 34 (1): [aprox. 12pp.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1393/329>

- Peixoto R, Pereira C, Branco L, Costa K, Carreño R, da Silva RT, et al. Integration and continuity of Care in health care network models for frail older adults. Rev Saúde Pública [serie en Internet]. 2014[citado 18 feb 2015]; 48(2): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000200357&script=sci_arttext
- Perez A, García L, Rodríguez E, Losada A, Porras N, Gómez MA. Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia. Aten Primaria [serie en Internet]. 2009[citado 8 agost 2014]; 41(11): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656709002261>
- Picazzio MP, Luppino F, de Sousa F, Morgani MH, Vieira T. Repercussões do papel de cuidador nas atividades de lazer de cuidadores informais de idosos dependentes. Rev. Ter. Ocup. Univ. [serie en Internet]. 2012 maio-ago [citado 18 jul 2016]; 23 (2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: www.journals.usp.br/rto/article/view/49065
- Piloto MC, González J, León M, González P, Leyva M. Psiquiatría en Enfermería. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
- Regina V. Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. Investig Enferm. Imagen Desarr [serie en Internet]. 2015 [citado 8 may 2017]; 17(1): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/1452/145233516002/>
- Rico-Blázquez M, Sánchez S, Fuentelsaz C. El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos. Enferm Clin. [serie en Internet]. 2014[citado 8 may 2016]; 24(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862113001691>
- Rodríguez A, Collazo M, Calero JL, Bayarre H. Intersectorialidad como una vía efectiva para enfrentar el envejecimiento de la población cubana. Rev Cubana de Salud Pública [serie en Internet]. 2013 [citado 12 feb 2015]; 39(2): [aprox 8 p.]. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2013/csp132l.pdf
- Rodríguez M, Rodríguez-Sabate C, Morales I, Sánchez A, Sabate M. Parkinson's disease as a result of aging. Aging Cell [serie en Internet]. 2015 [citado 12 oct 2017]; 14: [aprox 16 p.]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/accel.12312>
- Rodríguez ML, Rodríguez AD, Díaz PA. Actividad física: alternativa para disminuir el estado de ansiedad en cuidadores de enfermos de Alzheimer aplicada en la Provincia de Pinar del Río, Cuba. Rev electrónica de Ciencia y Tecnología en la Cultura Física [serie en Internet]. 2016 [citado 14 ene 2017]; 11(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6174075>
- Rosales RC, García RC, Quiñones E. Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor. MEDISAN [serie en Internet]. 2014 [citado 12 dic 2015]; 18(1): [aprox 7 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medisan/mds-2014/mds141i.pdf>
- Rubio E, Comín M, Montón G, Martínez T, Magallón R. Cuidados familiares prestados por los ancianos del ámbito rural a distintas generaciones. Gerokomos [serie en Internet]. 2015[citado 20 jul 2016]; 26(2): [aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v26n2/03_original2.pdf
- Sanchis E, Igual C, Sánchez J, Blasco MC. Estrategias de envejecimiento activo: revisión bibliográfica Fisioterapia. 2014; 36(4):177-86.
- Santini S, Andersson G, Lamura G. Impact of incontinence on the quality of life of caregivers of older persons with incontinence: A qualitative study in four European countries. Archives of

- Gerontology and Geriatrics [serie en Internet]. 2016 [citado 17 feb 2017]; 63: [aprox. 10 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494315300777>
- Schossler T, Crossetti MG. Cuidador domiciliar do idoso e o cuidado de si: Uma análise através da teoria do cuidado humano de Jean Watson. Texto Contexto Enferm [serie en Internet]. 2008[citado 5 feb 2017]; 17(2): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/72211>
 - Silva L, Poles K, Freire M, Lobato MC, Rodrigues M, Szylit R. Cuidar de familias de ancianos en final de vida en la Estrategia Salud de la Familia. Rev. Latino-Am. Enfermagem [serie en Internet]. 2013 ene-feb [citado 14 jun 2015]; 21 (1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: www.journals.usp.br/rlae/article/view/52965
 - Slachevsky A, Fuentes P. Síntomas psicológicos y conductuales asociados a demencias: actualización terapéutica. Rev Méd Chile [serie en Internet]. 2005 [citado 14 marz 2015]; 133: [aprox. 10 p.]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872005001000015&script=sci_arttext
 - Small GW, Greenfield S. Current and Future Treatments for Alzheimer Disease. Am J Geriatr Psychiatry [serie en Internet]. 2015 nov [citado 12 oct 2017]; 23(11): [aprox 5 p.]. Disponible en: <https://cloudfront.escholarship.org/dist/prd/content/qt1dc157kp/qt1dc157kp.pdf>
 - Song JA, Oh Y. The Association Between the Burden on Formal Caregivers and Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) in Korean Elderly in Nursing Homes. Archives of Psychiatric Nursing [serie en Internet]. 2015 [citado 5 oct 2016]; 29: [aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883941715001120>
 - Springate BA, Tremont G. Dimensions of Caregiver Burden in Dementia: Impact of Demographic, Mood, and Care Recipient Variables. Am J Geriatr Psychiatry [serie en Internet]. 2014 marz [citado 15 may 2015]; 22(3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1064748112000498>
 - Ubierto MC, Regoyos S, Vico MV, Reyes R. El soporte de enfermería y la claudicación del cuidador informal. Enferm Clin [serie en Internet]. 2005 [citado 12 jul 2016]; 15(4): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862105711128>
 - Vargas-Escobar LM. Aporte de enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer. CHÍA [serie en Internet]. 2012 abr [citado 18 jul 2013]; 12 (1): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4133975>
 - Valverde S, Carnevalli AL, Rezende EM, de Souza F, Rodrigues ZM, Coelho SM, et al. Entender el sentido de los cuidados en enfermería. Rev Cubana Enfermer [serie en Internet]. 2015 [citado 8 may 2017]; 31 (3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/619/133>
 - Vives-Relats C, Ferré-Grau C, Rodero-Sánchez V, Cid-Buera D. Cuidar a una cuidadora familiar en Atención Primaria a partir de la teoría de la incertidumbre. Enferm Clin [serie en Internet]. 2011[citado 8 may 2017]; 21(4): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862111000982>
 - Yam-Ting K, Chin-Ying C, Ming-Jang C, Li-Yu T, Kai-Kuen L. Assessment of behavioral and psychological symptoms of dementia by family caregivers. Archives of Gerontology and Geriatrics [serie en Internet]. 2011[citado 18 jul 2016]; 52: [aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S01674943>

ANEXOS

RELACIÓN DE ANEXOS

| No. | Títulos |
|------|---|
| 1 | Operacionalización de la variable cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer leve y moderada |
| 1.1 | Operacionalización de la dimensión Síntomas Afectivos |
| 2 | Operacionalización de las variables sociodemográficas del personal de Enfermería |
| 2.1 | Operacionalización de las variables sociodemográficas y clínica de los pacientes |
| 2.2 | Operacionalización de las variables sociodemográficas y clínicas de los cuidadores principales |
| 3 | Consentimiento de participación |
| 4 | Cuestionario de conocimiento para el personal de Enfermería |
| 5 | Curso: Labor del equipo de salud con la familia y cuidador principal de pacientes con enfermedad de Alzheimer |
| 5.1 | Glosario de términos para el trabajo con el cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer |
| 5.2 | Materiales impresos |
| 6 | Cuestionario Sociodemográfico y clínico para los cuidadores de los pacientes con enfermedad de Alzheimer en los estadios leve y moderado |
| 7 | Encuesta diagnóstica de conocimientos de los cuidadores principales en relación con la enfermedad de Alzheimer |
| 8 | Inventario de Ansiedad de Beck |
| 8.1 | Tabla 1. Comportamiento de los indicadores de la subdimensión ansiedad antes de la intervención. Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”. 2016 |
| 8.2 | Tabla 2. Cálculo del Índice Ponderado de la subdimensión depresión antes de la intervención. Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”. 2016 |
| 9 | Inventario de Depresión de Beck |
| 9.1 | Tabla 3. Comportamiento de los indicadores de la subdimensión depresión antes de la intervención. Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”. 2016 |
| 9.2 | Tabla 4. Cálculo del Índice Ponderado de la subdimensión depresión antes de la intervención. Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”. 2016 |
| 10 | 10. Dominios, clases y diagnósticos con su definición |
| 10.1 | Etapa Estar con / Hacer por |
| 10.2 | Fases de la etapa Hacer por |
| 11 | Figura 2. Intervención personalizada de enfermería para la modificación de la ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada |
| 12 | Consulta a expertos |
| 13 | Tabla 5. Comportamiento de los indicadores de la subdimensión ansiedad después de la intervención. Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”. 2016 |
| 13.1 | Tabla 6. Cálculo del Índice Ponderado de la subdimensión depresión antes de la intervención. Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”. 2016 |
| 14 | Tabla 7. Comportamiento de los indicadores de la subdimensión depresión después de la intervención. Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”. 2016. |

| | |
|------|--|
| 14.1 | Tabla 8. Cálculo del Índice Ponderado de la subdimensión depresión después de la intervención. Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”. 2016 |
| 15 | Cuestionario de conocimientos a cuidadores principales sobre la enfermedad de Alzheimer |

Anexo 1. Operacionalización de la variable cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer leve y moderada

| Dimensiones | Tipo | Definición | Indicador | Escala de medición | Valor final |
|--|--------------------------------|--|--|---|--|
| Conocimiento sobre la enfermedad de Alzheimer | Cualitativa nominal politómica | Saber obtenido por experiencia vivida o por el equipo de salud u otros medios de comunicación sobre la enfermedad de Alzheimer. | 1. Definición 2. Causas 3. Síntomas 4. Tratamiento | 6.25 puntos por cada indicador como puntuación máxima si contesta correctamente | Alto (100 - 90 puntos) Medio (89 - 60) Bajo (59 - 0) |
| Conocimiento sobre los síntomas psicológicos y conductuales | Cualitativa nominal politómica | Es el reconocer por experiencia vivida o por el personal de enfermería los síntomas psicológicos y conductuales que presentan los pacientes. | 5. Alteraciones del sueño 6. Depresión 7. Ansiedad 8. Apatía 9. Delusiones 10. Alucinaciones 11. Repeticiones 12. Trastorno de hábitos alimentarios | | |
| Acciones ante la presencia de los síntomas psicológicos y conductuales | Cualitativa nominal politómica | Número de acciones que relaciona el cuidador principal. | 13. Agitación o agresión 14. Desinhibición 15. Irritabilidad 16. Euforia | | |

Anexo 1.1 Operacionalización de la dimensión Síntomas Afectivos

| Dimensión | Definición | Subdimensión | Definición | Indicadores | Escala | Valor final |
|-----------|---|--------------|--|---|---|---|
| | Respuestas anímicas o emocionales disonantes o inapropiadas en relación con la conducta y/o el estímulo | Ansiedad | Respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico, cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anular o contrarrestar el peligro mediante una respuesta (conducta de huida o de agresión) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Hormigueo o entumecimiento 2. Sensación de calor 3. Temblor de piernas 4. Incapacidad de relajarse 5. Miedo a que suceda lo peor 6. Mareo o aturdimiento 7. Palpitaciones o taquicardia 8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física 9. Terrores 10. Nerviosismo 11. Sensación de ahogo 12. Temblores de manos 13. Temblor generalizado o estremecimiento 14. Miedo a perder el control 15. Dificultad para respirar 16. Miedo a morir 17. Sobresaltos 18. Molestias digestivas o abdominales 19. Palidez 20. Rubor facial 21. Sudoración (no debida al calor) | <p>0. en absoluto</p> <p>1. Levemente, no me molesta mucho</p> <p>2. Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo</p> <p>3. Severamente, casi no podía soportarlo</p> | <p>ansiedad mínima: 0-7</p> <p>ansiedad leve: 8-15</p> <p>ansiedad moderada: 16-25</p> <p>ansiedad grave: 26-63</p> |

| | | | | | | |
|--------------------|--|-----------|---|--|--|--|
| Síntomas Afectivos | | Depresión | alteración primaria del estado de ánimo, caracterizada por el abatimiento emocional, y que afecta todos los aspectos de la vida del individuo | <p>1. Tristeza</p> <p>2. Pesimismo</p> <p>3. Sensación de fracaso</p> <p>4. Insatisfacción</p> <p>5. Culpa</p> | <p>0. No me siento triste. 1. Me siento triste. 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. 3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.</p> <p>0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro. 1. Me siento desanimado de cara al futuro. 2. siento que no hay nada por lo que luchar. 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.</p> <p>0. No me siento fracasado. 1. He fracasado más que la mayoría de las personas. 2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro. 3. Soy un fracaso total como persona.</p> <p>0. Las cosas me satisfacen tanto como antes. 1. No disfruto de las cosas tanto como antes. 2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas. 3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.</p> <p>0. No me siento especialmente culpable. 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones. 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.</p> | <p>No depresión: 0 – 9 puntos. Depresión leve: 10 – 18 puntos. Depresión moderada: 19 – 29 puntos Depresión grave: ≥ 30 puntos</p> |
|--------------------|--|-----------|---|--|--|--|

| | | | | | | |
|--|--|--|--|----------------------------|---|--|
| | | | | 6. Expectativas de castigo | 3. Me siento culpable constantemente 0. No creo que esté siendo castigado. 1. Siento que quizás esté siendo castigado. 2. Espero ser castigado. 3. Siento que estoy siendo castigado. | |
| | | | | 7. Autodesprecio | 0. No estoy descontento de mí mismo. 1. Estoy descontento de mí mismo. 2. Estoy a disgusto conmigo mismo. 3. Me detesto. | |
| | | | | 8. Autoacusación | 0. No me considero peor que cualquier otro. 1. Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores. 2. Continuamente me culpo por mis faltas. 3. Me culpo por todo lo malo que sucede. | |
| | | | | 9. Idea suicidas | 0. No tengo ningún pensamiento de suicidio. 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré. 2. Desearía poner fin a mi vida. 3. me suicidaría si tuviese oportunidad. | |
| | | | | 10. Episodios de llanto | 0. No lloro más de lo normal. 1. Ahora lloro más que antes. 2. Lloro continuamente. 3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga. | |
| | | | | 11. Irritabilidad | 0. No estoy especialmente | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|-----------------------------------|--|--|
| | | | | | <p>irritado.</p> <p>1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.</p> <p>2. Me siento irritado continuamente.</p> <p>3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.</p> <p>0. No he perdido el interés por los demás.</p> <p>1. Estoy menos interesado en los demás que antes.</p> <p>2. He perdido gran parte del interés por los demás.</p> <p>3. He perdido todo interés por los demás.</p> | |
| | | | | 12. Retirada social | | |
| | | | | 13. Indecisión | <p>0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.</p> <p>1. Evito tomar decisiones más que antes.</p> <p>2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.</p> <p>3. Me es imposible tomar decisiones.</p> | |
| | | | | 14. Cambios en la imagen corporal | <p>0. No creo tener peor aspecto que antes.</p> <p>1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.</p> <p>2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.</p> <p>3. Creo que tengo un aspecto horrible.</p> | |
| | | | | 15. Enlentecimiento | <p>0. Trabajo igual que antes.</p> <p>1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.</p> | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|------------------------------|---|--|
| | | | | 16. Insomnio | <p>2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.</p> <p>3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.</p> <p>0. Duermo tan bien como siempre.</p> <p>1. No duermo tan bien como antes.</p> <p>2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.</p> <p>3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.</p> | |
| | | | | 17. Fatigabilidad | <p>0. No me siento más cansado de lo normal.</p> <p>1. Me canso más que antes.</p> <p>2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.</p> <p>3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.</p> | |
| | | | | 18. Pérdida de apetito | <p>0. Mi apetito no ha disminuido.</p> <p>1. No tengo tan buen apetito como antes.</p> <p>2. Ahora tengo mucho menos apetito.</p> <p>3. He perdido completamente el apetito.</p> | |
| | | | | 19. Pérdida de peso | <p>0. No he perdido peso últimamente.</p> <p>1. He perdido más de 2 kilos.</p> <p>2. He perdido más de 4 kilos.</p> <p>3. He perdido más de 7 kilos.</p> | |
| | | | | 20. Preocupaciones somáticas | <p>0. No estoy preocupado por mi salud</p> <p>1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de</p> | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|---------------------------|---|--|
| | | | | 21. Bajo nivel de energía | <p>estómago, catarrros, etc.</p> <p>2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.</p> <p>3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.</p> <p>0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.</p> <p>1. La relación sexual me atrae menos que antes.</p> <p>2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.</p> <p>3. He perdido totalmente el interés sexual.</p> | |
|--|--|--|--|---------------------------|---|--|

Anexo 2. Operacionalización de las variables sociodemográficas del personal de Enfermería

| Nombre de la variable | Clasificación | Escala | Definición conceptual |
|-------------------------------|--------------------------------|--|--|
| Edad | Cuantitativa continua | Se consideró la edad en años cumplidos | Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento |
| Sexo | Cualitativa nominal dicotómica | Masculino Femenino | Según sexo biológico |
| Titulación en enfermería | Cualitativa nominal dicotómica | Técnico medio Licenciatura | Según titulación alcanzada |
| Superación de postgrado | Cualitativa nominal politómica | Diplomado Especialidad Maestría Doctorado | Se consideró la figura de la formación académica cursada |
| Años de ejercicio profesional | Cuantitativa continua | Se consideró en años cumplidos | Tiempo que lleva cumpliendo funciones como enfermera (o) |
| Categoría Profesional | Cualitativa nominal dicotómica | Asistencial Administrativa | Tipo de funciones que cumple en la institución |

Anexo 2.1. Operacionalización de las variables sociodemográficas y clínica de los pacientes

| Nombre de la variable | Tipo de variable | Escala de clasificación | Definición |
|--------------------------|--------------------------------|--|---|
| Estadio de la enfermedad | Cualitativa ordinal | Leve Moderado | Según el resultado del Clinical Dementia Rating (CDR) aplicado en la consulta de geriatría. |
| Edad | Cuantitativa continua | 65 – 69 años 70 – 74 años 75 – 79 años 80 años y más | Edad biológica a partir del nacimiento de la persona. |
| Sexo | Cualitativa nominal dicotómica | Femenino Masculino | Acorde al sexo biológico. |
| Estado civil | Cualitativa nominal politómica | Soltera(o) Casada(o) Viuda(o) | Se consideró el estado civil que en el momento de la investigación tenía el paciente. |
| Nivel educacional | Cualitativa nominal politómica | Hasta secundaria concluida Preuniversitario concluido Nivel superior concluido | Se consideró el grado escolar vencido. |

Anexo 2.2. Operacionalización de las variables sociodemográficas y clínicas de los cuidadores principales

| Nombre de la variable | Tipo de variable | Escala de clasificación | Definición |
|--------------------------------|--------------------------------|--|--|
| Edad | Cuantitativa continua | Menos de 30 años 30-39 años 40-49 años 50-59 años 60 años y más | Edad biológica a partir del nacimiento de la persona. |
| Sexo | Cualitativa nominal dicotómica | Femenino Masculino | Acorde al sexo biológico. |
| Estado civil | Cualitativa nominal politómica | Soltera(o) Casada(o) Viuda(o) Divorciada(o) | Se consideró el estado civil que en el momento de la investigación tenía el paciente. |
| Nivel educacional | Cualitativa nominal politómica | Hasta secundaria concluida Preuniversitario concluido Nivel superior concluido | Se consideró el grado escolar vencido. |
| Vínculo con el paciente | Cualitativa nominal politómica | Esposa(o) Hijos(a) otros | Relación del cuidador principal con el paciente. |
| Cantidad de hijos | Cualitativa nominal politómica | Ninguno Un hijo Dos o más hijos | Según la respuesta al cuestionario. |
| Vínculo laboral | Cualitativa nominal dicotómica | No trabaja Trabaja | No realiza ninguna actividad. Actividad que requiere un esfuerzo físico o intelectual y lo realiza en la casa o fuera de ella, con remuneración económica. |
| Tiempo brindando cuidado | Cuantitativa continua | 3 meses - 1 año, 11 meses y 29 días 2 a 4 años Más de 4 años | Se consideró el tiempo que lleva el cuidador brindando cuidados en el momento de la investigación. |
| Horas que le dedica al cuidado | Cuantitativa continua | Hasta 12 horas Más de 12 horas | Según la respuesta al cuestionario. |
| Cuidado de otras personas | Cualitativa nominal dicotómica | Si No | Según la respuesta al cuestionario. |
| Motivos por los que cuida | Cualitativa nominal politómica | Por lazos afectivos Porque no hay más nadie que lo cuide Por interés económico | Según la respuesta al cuestionario. |
| Apoyo recibido | Cualitativa | No | No recibe apoyo social y de |

Anexo 4. Cuestionario de conocimiento para el personal de Enfermería

Con la realización del presente cuestionario usted está colaborando en la realización de una investigación sobre una Intervención Personalizada de Enfermería para la modificación de la depresión en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Los datos son confidenciales y se les agradece su colaboración.

1. Datos de caracterización

1.1. Edad: _____ años

1.2. Sexo: 1. Mujer O 2. Hombre O

1.3. Titulación: 1. Técnico medio O 2. Licenciatura en Enfermería O

1.4. ¿Qué formación ha realizado posteriormente?

1. Diplomado O 2. Especialidad O 3. Maestría O 4. Doctorado O

1.5. Años de ejercicio profesional: _____ años

1.6. Categoría profesional 1. Enfermera asistencial O 2. Jefa de servicio O

2. Datos relacionados con los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer

2.1. En su opinión, ¿piensa Ud. que los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer requieren la atención del personal de enfermería? Sí _____ No _____ ¿Por qué?

2.2. Estudió Ud. en el pregrado o postgrado los instrumentos que se utilizan para identificar las implicaciones sociales, psicológicas, económicas en el cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer. Sí _____ No _____

2.3. Estudió Ud. en pregrado o postgrado los modelos y teorías de cuidados que sustentan la labor de Enfermería. Sí _____ No _____

2.4. En su sentir ¿Considera Ud. que la vinculación de los modelos y teorías de cuidados a su práctica asistencial beneficiaría al cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer? Sí _____ No _____ ¿Por qué?

2.5. ¿Qué acciones Ud. brinda al cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer?

2.6. ¿Considera o no usted necesaria la elaboración de un curso de postgrado para capacitarse sobre la enfermedad de Alzheimer, los modelos y teorías, y su vinculación con su cuidador principal? Sí _____ No _____ Fundamente su respuesta

Muchas gracias por su colaboración

Anexo 5. Curso

PROGRAMA ACADÉMICO DE POSTGRADO

Tipo de actividad. Curso

Título. Labor del equipo de salud con la familia y cuidador principal de pacientes con enfermedad de Alzheimer

Autores:

MSc. Yadira Pascual Cuesta. Profesora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Secretaria Docente. Facultad de Enfermería. "Lidia Doce". Master en Urgencias Médicas. Máster en Enfermería

MSc. Mabel Garzón Patterson. Profesora Instructor. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Jefa del Departamento Docente. Policlínico Docente "Julio Antonio Mella". Máster en Enfermería.

Profesor principal: MSc. Yadira Pascual Cuesta. Profesora Auxiliar Facultad de Enfermería. "Lidia Doce".

Nivel: Nacional

Semanas: 9

Fecha de inicio: Según convenio

Fecha de terminación: Según convenio

Número de horas: 96

Número de créditos: 2

Modalidad de dedicación: Tiempo parcial

Grado de comparecencia: Presencial

Dirigido a: Licenciado en Enfermería

Matrícula propuesta: Según convenio

Facultad que matricula: Facultad Enfermería Lidia Doce

Escenarios docentes:

- ✓ Policlínico Docente "Julio Antonio Mella"
- ✓ Policlínico Efraín Mayor

Requisitos de ingreso:

- ✓ Ser graduado de Licenciado en Enfermería, con experiencia profesional en el nivel primario para la atención a la familia y al cuidador principal de pacientes con enfermedad de Alzheimer.

FUNDAMENTACIÓN

El envejecimiento global de la población humana es uno de los principales problemas socio-económicos que enfrentan actualmente muchos países desarrollados, en vías de desarrollo. Se estima un crecimiento de la población a nivel mundial de 2,7 billones, acompañado de un dramático incremento en el número y la proporción de adultos mayores. Esto trae consigo en el cuadro de salud un aumento de enfermedades no transmisibles, dentro de las que se encuentra el Síndrome demencial, por lo que la atención del equipo básico de salud ante las personas que la padecen contribuye en gran medida al logro de una mejor calidad de vida durante la vejez.

La enfermedad de Alzheimer es una de las demencias que con mayor frecuencia afecta a los adultos mayores, la cual se convierte en un problema de salud pública de gran interés, pues tiene un gran impacto social y económico, tanto para los pacientes, el equipo de salud y las familias, en particular sus cuidadores, que sufren la pérdida gradual de la capacidad funcional e intelectual en la persona cuidada, esto genera que requieran cuidados permanentes, de cuidadores que están sometidos a emociones y sentimientos encontrados, algunos positivos como los sentimientos de satisfacción por contribuir al bienestar del ser querido. Pero simultáneamente pueden darse los negativos: sensación de impotencia, culpabilidad, soledad, preocupación, tristeza o cansancio. Es por ello que resulta necesario que los profesionales de la salud y las familias, en especial sus cuidadores conozcan sobre el comportamiento de la enfermedad y la importancia del adecuado desempeño en sus labores, para garantizar una mejor calidad de vida al adulto mayor que padece la enfermedad de Alzheimer.

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar habilidades para la labor del equipo de salud con la familia y el cuidador principal de pacientes con enfermedad de Alzheimer.

PLAN TEMÁTICO

| Temas | Objetivos | Contenidos | FOE | Medios |
|--------------|--|--|----------------------------------|---|
| 1 | Describir el comportamiento del envejecimiento poblacional en Cuba y el mundo. | Tema I. Envejecimiento poblacional 1.1. Demografía. Proyecciones de la población para próximas décadas. 1.2. Envejecimiento saludable y patológico. 1.3. Anciano Frágil | Conferencia | Computadora, data show. Pizarra, tiza o plumón, borrador. |
| 2 | Identificar los signos y síntomas de demencia. Mencionar los instrumentos utilizados para el diagnóstico de la demencia y su clasificación. | Tema II. Las demencias 2.1. Generalidades. 2.2. Clasificación. 2.3. Instrumentos utilizados para el diagnóstico y clasificación. | Conferencia Clase Práctica | Computadora, data show. Pizarra, tiza o plumón, borrador. Materiales impresos |
| 3 | Describir el cuadro clínico del paciente con enfermedad de Alzheimer. Analizar la labor del equipo de salud en el cuidado del paciente con enfermedad de Alzheimer. | Tema III. Enfermedad de Alzheimer 3.1. Enfermedad de Alzheimer. Concepto. Clasificación 3.2. Dependencia en adultos mayores con Enfermedad de Alzheimer. 3.3. Instrumentos de evaluación de la dependencia. 3.4. Síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con enfermedad de Alzheimer. 3.5. Instrumentos para la evaluación de los síntomas psicológicos y conductuales. 3.6. Labor del equipo de salud ante el paciente con enfermedad de Alzheimer. | Conferencia Clase Práctica | Computadora, data show. Pizarra, tiza o plumón, borrador Materiales impresos. |
| 4 | Describir las implicaciones que le ocasiona asumir este rol a la familia y el cuidador principal. | Tema IV. Familia y Cuidador Principal 4.1. Implicaciones sociales, psicológicas, económicas en la familia y el cuidador principal. 4.2. Instrumentos para la evaluación de las Implicaciones sociales, psicológicas, económicas en | Conferencia Clase Práctica | Computadora, data show. Pizarra, tiza o plumón, borrador Materiales impresos |

| | | | | |
|---|--|---|----------------|---|
| | | la familia y el cuidador principal. 4.3. Clasificación de Intervenciones de Enfermería 4.4. Labor del equipo de salud con la familia y el cuidador principal. | | |
| 5 | Identificar los modelos como el resultado de interpretar el proceso de cuidar. | Tema V. Modelos de Cuidados 5.1. Modelos de cuidados. Introducción. Definición 5.2. Significado de los modelos de cuidados 5.3. Modelos y Teorías 5.4. Clasificación de los modelos y teorías | Conferencia | Computadora, data show. Pizarra, tiza o plumón, borrador. |
| 6 | Desarrollar habilidades para la labor del equipo de salud en la familia y cuidador principal de pacientes con enfermedad de Alzheimer. | Examen final | Examen teórico | Computadora, data show. Pizarra, plumón, borrador. |

PLAN CALENDARIO

| Sem | Objetivos | Temas | FOE | No. de horas | Profesores |
|-----|--|--|--|--------------|--|
| 1 | Describir el comportamiento del envejecimiento poblacional en Cuba y el mundo. | Tema I. Envejecimiento poblacional Demografía. Proyecciones de la población para próximas décadas. Envejecimiento saludable y patológico. Anciano Frágil. | Conferencia Estudio independiente | 4 12 | MSc. Mabel Garza Patterson |
| 2 | Identificar los signos y síntomas de demencia. Mencionar los instrumentos utilizados para el diagnóstico de la demencia y su clasificación. | Tema II. Las demencias Generalidades. Clasificación. Instrumentos utilizados para el diagnóstico de la demencia y clasificación. | Conferencia Estudio independiente | 4 12 | MSc. Yadira Pasos Cuesta |
| 3 | Identificar los signos y síntomas de demencia. Mencionar los instrumentos utilizados para el diagnóstico de la demencia y su clasificación. | Tema II. Las demencias Generalidades. Clasificación. Instrumentos utilizados para el diagnóstico de la demencia y clasificación. | Clase Práctica | 4 | MSc. Yadira Pasos Cuesta MSc. Mabel Garza Patterson |
| 4 | Describir el cuadro clínico del paciente con enfermedad de Alzheimer. Analizar la labor del equipo de salud en el cuidado del paciente con enfermedad de Alzheimer. | Tema III. Enfermedad de Alzheimer Enfermedad de Alzheimer. Concepto. Clasificación Dependencia en adultos mayores con Enfermedad de Alzheimer. Instrumentos de evaluación de la dependencia. Síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con enfermedad de Alzheimer. Instrumentos para la evaluación de los síntomas psicológicos y conductuales. Labor del equipo de salud ante el paciente con enfermedad de Alzheimer. | Conferencia Estudio independiente | 4 12 | MSc. Yadira Pasos Cuesta MSc. Mabel Garza Patterson |
| 5 | Describir el cuadro clínico del paciente con enfermedad de Alzheimer. Analizar la labor del equipo de salud en el cuidado del paciente con enfermedad de Alzheimer. | Tema III. Enfermedad de Alzheimer Enfermedad de Alzheimer. Concepto. Clasificación Dependencia en adultos mayores con Enfermedad de Alzheimer. Instrumentos de evaluación de la dependencia. Síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con | Clase Práctica | 4 | MSc. Yadira Pasos Cuesta MSc. Mabel Garza Patterson |

| | | | | | |
|---|--|--|--|-------------|--|
| | | enfermedad de Alzheimer. Instrumentos para la evaluación de los síntomas psicológicos y conductuales. Labor del equipo de salud ante el paciente con enfermedad de Alzheimer. | | | |
| 6 | Describir las implicaciones que le ocasiona asumir este rol a la familia y el cuidador principal. | Tema IV. Familia y Cuidador Principal Implicaciones sociales, psicológicas, económicas en la familia y el cuidador principal. Instrumentos para la evaluación de las Implicaciones sociales, psicológicas, económicas en la familia y el cuidador principal. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Labor del equipo de salud con la familia y el cuidador principal | Conferencia Estudio independiente | 4 12 | MSc. Yadira Pasos Cuesta MSc. Mabel Garza Patterson |
| 7 | Describir las implicaciones que le ocasiona asumir este rol a la familia y el cuidador principal. | Tema IV. Familia y Cuidador Principal Implicaciones sociales, psicológicas, económicas en la familia y el cuidador principal. Instrumentos para la evaluación de las Implicaciones sociales, psicológicas, económicas en la familia y el cuidador principal. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Labor del equipo de salud con la familia y el cuidador principal. | Clase Práctica | 4 | MSc. Yadira Pasos Cuesta MSc. Mabel Garza Patterson |
| 8 | Identificar los modelos como el resultado de interpretar el proceso de cuidar. | Tema V. Modelos de Cuidados Modelos de cuidados. Introducción. Definición. Significado de los modelos de cuidados. Modelos y Teorías. Semejanzas y diferencias entre modelos y teorías. Clasificación de los modelos y teorías. | Conferencia Estudio independiente | 4 12 | MSc. Yadira Pasos Cuesta MSc. Mabel Garza Patterson |
| 9 | Desarrollar habilidades para la labor del equipo de salud en la familia y cuidador principal de pacientes con enfermedad de Alzheimer. | Examen final | Examen teórico | 4 | MSc. Yadira Pasos Cuesta MSc. Mabel Garza Patterson |

PERFIL GENERAL DEL EGRESADO

El profesional que labora en la Atención Primaria de Salud se caracterizará por poseer valores tan importantes como: **Trabajo en equipo**, **Humanidad** en el amor hacia los seres humanos, y la preocupación por el desarrollo pleno de todos sobre la base de la justicia; **Solidaridad**, es comprometerse en idea y acción con el bienestar de los otros: en la familia, la escuela, los colectivos laborales, la nación y hacia otros países, con profundo sentimiento y un alto nivel de; **Amor a la profesión**, mostrado en el interés por la especialización, requiere gran esfuerzo psíquico y físico, con enfrentamientos a diversas situaciones que se les presenten al individuo, la familia y la comunidad, y está dispuesto a cumplir su profesión donde quiera que lo necesiten. **Responsabilidad**, es el cumplimiento del compromiso contraído ante sí mismo, la familia, el colectivo y la sociedad. **Laboriosidad**, en el aprovechamiento de las actividades laborales y sociales que se realizan a partir de la conciencia de que el trabajo es la única fuente de riqueza, un deber social y la vía para la realización de los objetivos sociales y personales; **Equidad**, es dejarse guiar por el sentimiento del deber o la conciencia; **Honestidad**, se expresa en actuar de manera sincera, sencilla y veraz. Es lograr armonía entre el pensamiento, el discurso y la acción.

Orientaciones metodológicas para el curso Labor del equipo de salud en la familia y cuidador principal de pacientes con enfermedad de Alzheimer

El curso se realizará con [1] frecuencia semanal, de [4] horas cada una durante [9] semanas para un total de [96] horas distribuidas como aparece en plan calendario. En las actividades teóricas se expondrán las bases teóricas/metodológicas/conceptuales de los contenidos siguientes: [Conferencias/ Clase Práctica] tema 1 Demografía. Proyecciones de la población para próximas décadas. Envejecimiento saludable y patológico; tema 2 Las demencias. Generalidades. Clasificación. Instrumentos utilizados para el diagnóstico y su clasificación; tema 3 La enfermedad de Alzheimer; tema 4 Implicaciones sociales, psicológicas, económicas de la enfermedad de Alzheimer en la familia y el cuidador principal; tema 5 Modelos de Cuidados. La semana 9 se dedicará a la evaluación final del curso.

El tema 1 tendrá una duración de [16] horas distribuidas en [4] horas de conferencia y [12] horas de estudio individual. El tema 2 dispone de [20] horas distribuidas en [4] horas de conferencia, [12] horas de estudio individual y [4] horas de clase práctica. El tema 3 tendrá una duración de [20] horas distribuidas en [4] horas de conferencia, [12] horas de estudio individual y [4] horas de clase práctica. El tema 4 tendrá una duración de [20] horas distribuidas en [4] horas de conferencia, [12] horas de estudio individual y [4] horas de clase práctica. El tema 5 tendrá una duración de [16] horas distribuidas en [4] horas de conferencia y [12] horas de estudio individual. La evaluación final se realizará en [4] horas.

La conferencia se iniciará con una breve introducción del tema para lo cual se expondrán ejemplos de la vida cotidiana, se verificarán los conocimientos a través de las preguntas de control, se establecen los nexos de continuidad con la clase anterior y se comprueban a través de preguntas de control las cuales serán calificadas. El docente puede intervenir para hacer aclaraciones, profundizar, etc. En las conclusiones se expondrán las generalizaciones y deducciones científico-teóricas, políticas y prácticas, comprobando los objetivos con las preguntas de comprobación. Se orienta el trabajo independiente de los cursistas y las bibliografías a utilizar. Se orienta la próxima actividad docente que se podrá desarrollar de forma [individual/o grupal] mediante la búsqueda de información.

El estudio individual de los cursistas se les da a conocer al finalizar la conferencia para lo cual se les orienta informa las bibliografías a utilizar. Se orienta la próxima actividad docente, la cual se podrá desarrollar de forma [individual/o grupal] mediante la [búsqueda de información].

Para la clase práctica el docente inicia la actividad y reitera la denominación del contenido y los aspectos principales a profundizar, menciona los objetivos y establece los nexos entre conocimientos científicos-científicos teóricos de la conferencia y los asuntos a desarrollar en la clase práctica. Los cursistas participaran mediante exposición, dialogo, solución de problemas, preguntas y respuestas, se inician con exposición del profesor seguido de [discusiones grupales] apoyados en [libros, artículos/materiales/computadoras, caso de la vida real, etc.] El docente puede hacer conclusiones parciales, aclarar dudas y evaluara y calificara la preparación y desarrollo de los cursistas en el mismo. Dara las calificaciones, indicara las medidas necesarias para la superación de las dificultades.

Evaluaciones

| Cuantitativa | Cualitativa |
|---------------------|--------------------|
| 5 puntos | Excelente |
| 4 puntos | Bien |
| 3 puntos | Aprobado |
| 2 puntos | Desaprobado |

SISTEMA DE HABILIDADES

- ✓ Identificar estados emocionales nocivos en la familia y cuidador principal de pacientes con enfermedad de Alzheimer.
- ✓ Realizar labor educativa en la promoción, prevención y recuperación en la familia y cuidador principal de pacientes con enfermedad de Alzheimer.
- ✓ Determinar las necesidades de cuidados de la familia y cuidador principal de pacientes con enfermedad de Alzheimer.
- ✓ Aplicar el proceso de atención de enfermería a la familia y al cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer, al tener en cuenta los modelos de cuidados.

SISTEMA DE EVALUACIÓN

Evaluación sistemática

El sistema de evaluación está dado por examen oral y escrito, mediante la vinculación de los conocimientos teóricos con la práctica, en la revisión del estudio individual y durante las clases prácticas. El profesor podrá realizar otras evaluaciones sistemáticas con un valor de 5 puntos, para que el cursista sea aprobado debe de obtener como mínimo 3 puntos, la escala de 5 puntos los que se promedian para acumular puntos por este concepto. En escala cuantitativa.

Clase Práctica

Durante el mismo se realizarán evaluaciones sistemáticas con un valor de 5 puntos, para que el cursista sea aprobado debe de obtener como mínimo 3 puntos, la escala de 5 puntos los que se promedian para acumular puntos por este concepto. En escala cuantitativa.

Trabajo final

Se realizará en equipos. Consistirá en la presentación de un caso con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer. Fundamentación de los instrumentos utilizados y labor del equipo de salud para garantizar una mejor calidad de vida a la familia y al cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer.

Para presentar el trabajo final, es indispensable que los cursistas asistan a no menos del 80% de las actividades lectivas realizadas. Las evaluaciones sistemáticas se llevarán a escala cualitativa que a continuación se relacionan:

Evaluaciones

| Cuantitativa | Cualitativa |
|--------------|-------------|
| 5 puntos | Excelente |
| 4 puntos | Bien |
| 3 puntos | Aprobado |
| 2 puntos | Desaprobado |

Bibliografía complementaria

1. Nash N, Jazmín O, González J, Hernández EM, Quintero E, Peña M et al. Deterioro cognitivo y disminución de la marcha en adultos mayores del área urbana y rural. *Psicología Clínica y Psicoterapia* [serie en Internet]. 2013 sept 1 [citado 12 oct 2015]; 15(13): [aprox. 17 p.]. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/deterioro-cognitivo-disminucion-marcha-adultos-mayores/>
2. Libre JJ. Envejecimiento y demencia: Implicaciones para la comunidad científica, la salud pública y la sociedad cubana. *Revista Anales de la Academia de Ciencias de Cuba* [serie en Internet]. 2012 oct [citado 8 Abr 2015]; 2 (2): [aprox. 18 p.]. Disponible en: www.revistaccuba.cu/index.php/acc/article/view/126/105
3. Galbán PA, Sansó FJ, Díaz AM, Carrasco M, Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Rev Cubana Sal Púb.* [serie en Internet]. 2007 [citado 10 jul 2015]; 33(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S086434662007000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Oficina Nacional de Estadísticas e Información. Anuario Estadístico de Salud 2016 [página web en Internet]. 2017 [citado 15 abril 2017]. Disponible en: <http://www.onei.cu>
5. Cuba. Proyección de la población. Nivel nacional y provincial. Período 2007 – 2025. La Habana: UNFPA; 2006. [citado 10 jul 2015]. Disponible en: <http://www.one.cu/publicaciones/investigaciones/proyecciones.pdf>
6. Organización de Naciones Unidas. El envejecimiento de la población mundial es inevitable. Estudio económico y social mundial. ONU [en línea]. 2007 [citado 27 de Marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.eclac.cl/prensa/noticias/comunicados/5/28935/wess07factsheetSP.pdf>
7. CEPAL. Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, 2010. ONE [serie en internet]. 2011 [citado 13 de diciembre de 2011]; 21-74. Disponible en: <http://www.one.cu/publicaciones/cepal/aecepal2010/estad%C3%ADsticas%20sociales.pdf>
8. Comité editorial GerolInfo. Envejecimiento. Algunas reflexiones (Ira parte). GerolInfo [en línea]. 2010 [citado 1 de Octubre de 2010]; 5(1):1. Disponible en: <http://files.sld.cu/gericuba/files/2010/08/editorial-2010.pdf>
9. National Institute on Aging. Guía para quienes cuidan personas con la enfermedad de Alzheimer. Enero 2006. Última actualización Enero 27, 2010, [citado 16 de abril de 2010]. Disponible en: <http://www.nia.nih.gov/AlzheimersPublicationsguia.htm.mht>
10. Martínez FE. Cómo cuidar en casa al anciano dependiente. Editorial Científico Técnica. La Habana, 2014.
11. Libre JJ. Epidemiología de las demencias y sus factores de riesgo. En: Demencias y enfermedad de Alzheimer en la población cubana. La Habana: Editorial Científico -Técnico; 2008. p. 32 – 36.

12. Libre JC, Guerra MA, Perera Miniet E. Impacto psicosocial del síndrome demencial en cuidadores cruciales. MGI [serie en Internet]. 2008 [citado 2010 Feb 14]; 24(1): [aprox. 16 pp.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_1_08/mgi05108.htm
13. Dueñas F. La enfermedad de Alzheimer. Rev. Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica [en línea]. 2007 [citado 1 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://www.alzheimer-online.org/recomienda/121>
14. Pascual Y. La sobrecarga en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer. [Tesis]. La Habana: Universidad Ciencias Médicas de La Habana; 2012.
15. Garzón M. Relación entre estadios, síntomas psicológicos-conductuales y depresión en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer. La Habana: Universidad Ciencias Médicas de La Habana; 2012
16. Dementia Research Group 10/66. Newsletter [en línea]. Marzo 2007 [citado 1 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://www.alz.co.uk/1066>
17. Úbeda I. Calidad de vida de los cuidadores familiares: evaluación mediante un cuestionario [tesis doctoral]. Barcelona 2009. p. 13-23.
18. GeriCuba. Escala de evaluación de las ABVD: Escala de Katz. GeriCuba [en línea] 1 oct 2010 [citado 1 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://www.gericuba.cu>
19. Lenardt MH, Da Silva SC, Seima MD, HautschWillig M, de Oliveira Fuchs PA. Desempeño de las actividades de vida diaria en ancianos con Alzheimer. Cogitare Enferm. 2011 Jan/Mar; 16(1):13-21.
20. Baster JC. Glosario de términos y definiciones de gerontología y geriatría [en línea]. 2007 [citado 17 de febrero de 2010]. Disponible en: http://www.hvil.sld.cu/download.php?categ=maestria_doc&fd
21. Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin [en línea] 2011. [citado 4 de noviembre de 2011]; 72(1):11-16. Disponible en: <http://www.galiciaclinica.info/PDF/11/225.pdf>
22. OPS. Evaluación funcional del adulto mayor. En: Parte I. Módulos de valoración clínica [citado 10 de marzo de 2010]. Disponible en: www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo3.pdf
23. Biurrun A. La asistencia de los familiares cuidadores en la enfermedad de Alzheimer. Rev Esp Geriatr Gerontol 2001; 36(6): 325-330.
24. De Mestral E, Riveros M, Pavón J, De Mestral E. Orientación a los familiares y cuidadores. En: Penny E, Melgar F. Geriatría y Gerontología para el médico internista. Bolivia: La Higuera; 2012. p. 635-44.
25. Ramírez CL, Téllez SE. Aplicación taxonómica: NANDA, NIC y NOC en los planes de cuidados de enfermería. En: Téllez SE, García M. Modelos de cuidados en enfermería. NANDA, NIC, NOC. México: McGRAW-HILL; 2012.p. 87-115.
26. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ta ed. España: Elsevier; 2014.p.XVII.
27. Benavent Garcés MA, Francisco del Rey C, Ferrer Ferrandis E. Desde el origen de la enfermería como profesión: Los modelos de cuidados. En: Benavent Garcés MA, Francisco del Rey C, Ferrer Ferrandis E. Fundamentos de Enfermería. 1ra ed. DAE; p.147-60
28. Arribas A. Planificación y ejecución. Formulación de objetivos. Intervenciones Taxonomía NIC. En: Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN). Cuidados enfermeros en atención primaria y especializada. Madrid: ediciones Enfo; 2007.p.288-306.

| | | | |
|---|---|--|--------------------------|
| Artículo I. Nombre y apellidos: Mabel Garzón Patterson E-mail: mabelgp@infomed.sld.cu | | | |
| Artículo II. Graduado de: Licenciatura en Enfermería | | Fecha | Lugar |
| | | julio 1996 | Facultad Miguel Enríquez |
| Otros títulos | Máster en Enfermería | mayo 2012 | Facultad Lidia Doce |
| Grado Científico Título Académico | | Fecha | |
| | Máster | mayo 2012 | Facultad Lidia Doce |
| Categoría Docente | Profesor Instructor | 2016 | Facultad Lidia Doce |
| Categoría Científica | Investigador Agregado | 2016 | Facultad Lidia Doce |
| Labor que desempeña | Jefa del Departamento Docente | | |
| CES/ECIT | Policlínico Docente "Julio Antonio Mella" | | |
| Líneas de investigación que desarrolla y las tres investigaciones más importantes realizadas, o actividad profesional desempeñada en los últimos cinco años. Línea de investigación: Adulto Mayor, Longevidad y Esperanza de Vida Investigación que desarrolla: Intervención personalizada de enfermería para modificar la ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer | | | |
| Cursos que habitualmente imparte | | | |
| Pregrado: Psicología Enfermería Comunitaria y Familiar | | Postgrado: Enfermedad de Alzheimer un reto para el equipo de salud y la familia | |
| Temas que impartirá en el programa que se propone: Envejecimiento poblacional Enfermedad de Alzheimer Familia y Cuidador Principal | | | |
| Últimas tres publicaciones, patentes y/o trabajos relevantes presentados en eventos (en orden cronológico descendente). Título del trabajo, revista o evento, editorial, año, país. 1. Malestar psicológico en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer, Revista Cubana de Enfermería, vol.32 no.3, jul.-set. 2016, Cuba. 2. Depresión en cuidadores principales y síntomas psicológicos conductuales de pacientes con enfermedad de Alzheimer, Publicación Periódica de Gerontología y Geriatria, Vol.11. No.1, 2016, Cuba 3. Relación entre características sociodemográficas y clínicas de pacientes con Alzheimer y sobrecarga del cuidador principal, Revista Cubana de Enfermería, vol.33 no.3, jul.-set. 2017, Cuba. | | | |
| Tesis de doctorado dirigidas y defendidas (todas) y tesis de maestría dirigidas y defendidas (últimos 5 años) Relación entre estadios, síntomas psicológicos-conductuales y depresión en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer | | | |
| Otras actividades académicas relevantes que desenvuelve (comités académicos, profesor invitado universidades, miembro de consejos editoriales, etc.). Miembro del Consejo científico del Policlínico Docente "Julio Antonio Mella" y la Dirección Municipal de Salud. | | | |

| | | | |
|--|---|---|---|
| Artículo I. Nombre y apellidos: Yadira Pascual Cuesta E-mail: ypascual@infomed.sld.cu | | | |
| Artículo II. Graduado de: Licenciatura en Enfermería | | Fecha | Lugar |
| | | julio 2000 | Facultad Finlay Albarrán |
| Otros títulos | Master en Urgencias Medicas Máster en Enfermería | febrero 2011 mayo 2012 | Facultad Julio Trigo Facultad Lidia Doce |
| Grado Científico Título Académico | | Fecha | |
| | Máster | febrero 2011 mayo 2012 | Facultad Julio Trigo Facultad Lidia Doce |
| Categoría Docente | Profesor Auxiliar | 2016 | Facultad Fajardo |
| Categoría Científica | Investigador Agregado | 2016 | Facultad Lidia Doce |
| Labor que desempeña | Secretaria Docente | | |
| CES/ECIT | Facultad Lidia Doce | | |
| <p>Líneas de investigación que desarrolla y las tres investigaciones más importantes realizadas, o actividad profesional desempeñada en los últimos cinco años. Línea de investigación: Adulto Mayor, Longevidad y Esperanza de Vida Investigación que desarrolla: Modelo de cuidado para la familia del paciente con enfermedad de Alzheimer</p> | | | |
| Cursos que habitualmente imparte | | | |
| Pregrado: Psicología Bases Conceptuales Historia de la Enfermería Médico Quirúrgico | | Postgrado: Enfermedad de Alzheimer un reto para el equipo de salud y la familia Atención integral al adulto mayor y su cuidador Calidad de los registros de enfermería Fundamentos de las ciencias de enfermería Evidencia en la investigación científica Introducción a la metodología para la elaboración de proyectos de investigación Metodología para la elaboración de protocolos Comunicación científica | |
| Temas que impartirá en el programa que se propone: Las demencias Enfermedad de Alzheimer Familia y Cuidador Principal | | | |
| <p>Ultimas tres publicaciones, patentes y/o trabajos relevantes presentados en eventos (en orden cronológico descendente). Título del trabajo, revista o evento, editorial, año, país. 1. Malestar psicológico en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer, Revista Cubana de Enfermería, vol.32 no.3, jul.-set. 2016, Cuba. 2. Depresión en cuidadores principales y síntomas psicológicos conductuales de pacientes con enfermedad de Alzheimer, Publicación Periódica de Gerontología y Geriatria, Vol.11. No.1, 2016, Cuba 3. Relación entre características sociodemográficas y clínicas de pacientes con Alzheimer y sobrecarga del cuidador principal, Revista Cubana de Enfermería, vol.33 no.3, jul.-set. 2017, Cuba.</p> | | | |

Tesis de doctorado dirigidas y defendidas (todas) y tesis de maestría dirigidas y defendidas (últimos 5 años)

Protocolo de cuidados de enfermería para la trombolisis en el paciente con Infarto del Miocardio
La sobrecarga en cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer

Otras actividades académicas relevantes que desenvuelve (comités académicos, profesor invitado universidades, miembro de consejos editoriales, etc.).

Anexo 5.1. Glosario de términos para el trabajo con el cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer

| A |
|--|
| Actividades repetitivas: consulte el término repeticiones. |
| Actividades de la vida diaria (AVD): capacidad del individuo para llevar a cabo las actividades cotidianas esenciales, para valerse por sí mismo y desarrollar las actividades propias de la vida cotidiana. Conjunto de conductas instrumentales cuya ejecución regular y apropiada es necesaria para el autocuidado personal y mantenimiento de una vida independiente. |
| Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): actividades relacionadas con el cuidado personal de uno mismo (vestirse, arreglo personal, control de esfínteres, uso del servicio y comer) y con el funcionamiento físico (andar, movilidad en el interior del domicilio) y mental básico, que se ejecuta de forma cotidiana y cuya realización es imprescindible para que la persona viva de forma autónoma y adaptada a su entorno. |
| Actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD): actividades más complejas que las actividades básicas de la vida diaria, importantes para mantener un funcionamiento normal en la vida para las que se requiere un nivel de autonomía personal mayor, pero no son básicas para el cuidado personal. Estas actividades incluyen, telefonar, realizar tareas domésticas (limpiar, cocinar, lavar ropa, entre otras), manejar dinero, transporte. |
| Adulto Mayor: según la Organización Mundial de la Salud, es toda persona de 60 años y más. Acorde con el servicio estadístico de la unión Europea (Eurosta), considera personas adultas mayores a las personas de 65 años y más, ya que a esa edad, es común la jubilación. |
| Agitación: consulte el término agresividad. |
| Agresión: consulte el término agresividad. |
| Agresividad: cualquier conducta física o verbal que puede causar daño físico o moral; oposición o resistencia no justificadas, para recibir la ayuda necesaria. |
| Alucinación: falsas percepciones, ya sea de tipo visual, auditivo, olfatorio, gustativo, somático u otra experiencia sensorial insólita. Ej: las personas de la tv están en la casa o el cuidador es un extraño; ideas de robo, abandono, perjuicio, etc., no justificadas. |
| Alteración del pensamiento: creencias o narración erróneas o falsas: interpretaciones (p.ej. le roban aquello que no encuentra), identificaciones (p.ej. las personas de la tv están en la casa o el cuidador es un extraño), delirios (ideas de robo, abandono, perjuicio, etc., no justificadas), fabulaciones (contenidos falsos acerca del propio pasado). |
| Alteración del sueño: pérdida del ciclo sueño-vigilia fisiológico Ej. El enfermo duerme mucho o poco, duermen más de día que de noche, se despierta con mucha frecuencia. |
| Ansiedad: respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico, cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anular o contrarrestar el peligro mediante una respuesta (conducta de huida o de agresión). Temor o sentimiento de pérdida de control excesivo o injustificado, expresado de forma verbal, gestual o motora (p.ej. pegarse al cuidador). |

| |
|--|
| Anorexia: falta de apetito. Obstinación en no tomar alimentos, observada en estados emotivos o demenciales. |
| Apatía: falta de interés, motivación, sentimiento, emoción o preocupación. |
| Aturdimiento: trastorno por efecto de un golpe, de una emoción, etc., con ofuscación mental y vértigo. |
| Autocuidado: contribución constante del individuo a su propia existencia. |
| B |
| Bienestar: conjunto de condiciones necesarias para vivir con gusto y tranquilidad. |
| Burden: véase el termino Carga. |
| C |
| Cambios alimentarios: falta del impulso o impulso elevado para la ingesta de todos o de algún tipo de alimento, o ingesta de otras sustancias. |
| Capacidad funcional: poder o facultad de retener, mantener o contener las funciones vitales. |
| Capacidad intelectual: disposición mental para comprender. |
| Carga: sumatoria de problemas de diferente naturaleza que sufre el cuidador como consecuencia del cuidado. |
| Carga objetiva: tiene que ver con la dedicación al desempeño del rol de cuidador y se relaciona fundamentalmente con variables del paciente y con las características que determinan la demanda de cuidados. Ejemplo: el tiempo de dedicación, la carga física, las actividades objetivas que desempeña el cuidador y la exposición a situaciones estresantes en relación con los cuidados. |
| Carga subjetiva: actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar, y se relaciona con la forma en que se percibe la situación, tanto con las dificultades como con las recompensas. |
| Celopatía: ideas delirantes de celos. |
| Cognición: conocimiento, comprensión, razonamiento. |
| Cuidado: conjunto de actividades humanas físicas, mentales y emocionales dirigidas a mantener la salud y el bienestar de individuos y/o comunidad. |
| Cuidar: acto de vida que significa una variedad infinita de actividades dirigidas a mantener la vida y permitir la continuidad y la reproducción, tanto se trata de un acto personal como un acto de reciprocidad que supone ayudar a cualquier persona que, temporal o definitivamente, necesita ayuda para asumir sus cuidados vitales. |
| Cuidador: persona que de forma cotidiana se hace cargo de las necesidades básicas y psicosociales del enfermo o lo supervisa en su domicilio en su vida diaria. Además, estas personas, en muchas ocasiones, tienen que interrumpir su ritmo habitual y limitar su vida social, lo que trae con el tiempo una repercusión negativa en su salud desde todos los órdenes. |
| Cuidador formal: personas capacitadas a través de cursos teóricos-prácticos de formación dictados por equipos multi e interdisciplinarios de docencia para brindar atención preventiva, asistencial y educativa al anciano y a su núcleo familiar. |
| Cuidador informal: persona miembro de la red social del receptor del cuidado, que brinda atención de manera voluntaria y sin que medie remuneración económica. |
| Cuidador primario: consulte el término cuidador principal. |
| Cuidador principal: persona que más tiempo permanece al cuidado del enfermo; sobre la cual recae la mayor responsabilidad del cuidado. Este proporciona la mayor parte de la |

asistencia y apoyo diario a quien padece la enfermedad, y también es la persona que le permite seguir viviendo en su entorno; por lo que se le hace difícil delegar parte de este trabajo y se crea una fuerte dependencia de este hacia la persona cuidada.

Cuidador secundario: persona que no tienen la responsabilidad principal del cuidado de los ancianos.

Culpa: responsabilidad o causa de algo negativo o que perjudica. Falta o daño que se comete de forma voluntaria o involuntaria.

D

Deambulaci3n errática: movimientos repetitivos y sin sentido, o ambos, que el paciente efectua de forma repetitiva.

Delirio: Percepciones distorsionadas (ilusiones), ya sea de tipo visual, auditivo, olfatorio, gustativo, somático u otra experiencia sensorial insólita. Ej. Le roban aquello que no encuentra; contenidos falsos acerca del propio pasado.

Deluci3n: consulte el término delirio.

Demencia: síndrome caracterizado por una declinaci3n progresiva de la memoria, de las funciones ejecutivas, lenguaje y de otras áreas de la cognici3n, asociada a síntomas conductuales, que repercuten en el normal desenvolvimiento del individuo en su medio familiar y social.

Demencia frontotemporal: síndrome neuropsicol3gico caracterizado por disfunci3n de los l3bulos frontales y temporales comúnmemente asociado con la atrofia de estas estructuras y preservaci3n relativa de las regiones cerebrales posteriores.

Demencia por cuerpos de Lewis: enfermedad degenerativa del sistema nervioso central, que se presenta con mayor frecuencia entre los 60 y 80 años. Clínicamente se manifiesta por una demencia de predominio cortical, con trastornos de la atenci3n, asociada a un cuadro parkinsoniano (temblor, rigidez, bradicinesia, alteraciones posturales y trastornos de la marcha).

Demencia multiinfarto: demencia que ocurre en pacientes con historia previa de accidentes vasculares encefálicos y otras manifestaciones clínicas de arterioesclerosis y sus complicaciones.

Demencia vascular: demencia secundaria a lesiones cerebrales isquémicas, hemorrágicas o hip3xica.

Depresi3n: alteraci3n primaria del estado de ánimo, caracterizada por el abatimiento emocional, y que afecta todos los aspectos de la vida del individuo.

Desesperanza: estado subjetivo en el que la persona ve pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar energía en su propio provecho.

Disforia: inquietud, malestar; opuesto a euforia.

Distímia: exageraci3n morbosa del estado afectivo en sentido de exaltaci3n o depresi3n.

Desinhibici3n: Falta de tacto social en el lenguaje, la expresi3n corporal u otras conductas.

E

Enfermedad de Alzheimer: demencia cr3nica, incurable y progresiva, caracterizada por deficiencias cognitivas que afectan el lenguaje, el habla, la memoria, el reconocimiento y la motricidad.

Enfermedades no transmisibles: son aquellas, que una vez diagnosticadas se padece durante muchos años, llevan a la muerte en un plazo más o menos largo, necesitan de un control médico peri3dico y de tratamiento durante toda la vida.

Episodio de llanto: llanto súbito e intenso.

| |
|---|
| Euforia: Humor anormalmente elevado o inapropiado. |
| Entumecimiento: entorpecimiento o dificultad de movimientos, con sensación de pesadez o hinchazón de una parte del cuerpo, producido por compresión, trastornos circulatorios y de inervación. |
| Envejecimiento: modificaciones que el tiempo provoca en los seres humanos y que consiste en la pérdida paulatina de la capacidad de adaptación del organismo, debido a la interacción de factores genéticos y ambientales. |
| Envejecimiento poblacional: aumento en la proporción de personas de edad avanzada con relación al resto de la población, sin embargo, se ha considerado la importancia de definirla también como la inversión de la pirámide de edades, debido a que el fenómeno, no es solamente un aumento de la proporción de ancianos, sino también una disminución de la proporción de niños y jóvenes entre 0 y 14 años. |
| Estrés: estado de tensión de una persona provocado por diferentes situaciones tales como: exceso de trabajo, de obligaciones o por cualquier gran disgusto. |
| Exaltación: estado de ánimo convulso provocado por alguna emoción. |
| F |
| Fatiga: cansancio que provoca el trabajo excesivo un fuerte estado emocional de tensión. |
| Fraccionamiento del sueño: véase el término alteraciones del sueño. |
| G |
| Geronte: anciano que además de cumplir todos los requisitos de fragilidad, sufre problemas mentales y/o sociales en relación a su estado de salud y que requiere institucionalización. |
| H |
| Hiperactividad motora: consulte el termino Repeticiones. |
| Hormigueo: sensación más o menos molesta en la piel, comparable a la que producirían las hormigas bullendo en la misma; mirmestesia. |
| I |
| Ideas delirantes de perjuicio: forma de monomanía o delirio parcial en la que los pacientes están obsesionados por la ocurrencia de daño físico o psíquico. |
| Ilusión: consulte el término delirio. |
| Incidencia: Es el número de casos nuevos de una enfermedad dada que ocurren en un territorio en un periodo de tiempo específico. |
| Indecisión: indeterminación, incertidumbre, duda, vacilación. |
| Indiferencia: estado de ánimo en que no se manifiesta interés, afición ni desagrado por nada. |
| Insomnio: alteración en el patrón del sueño que puede involucrar problemas para conciliar el sueño y sueño excesivo o comportamientos anormales relacionados con el mismo. |
| Ira: enojo que provoca la violencia en una persona. |
| Irritabilidad: Mal humor, cambios de humor rápidos no justificados, impaciencia, intolerancia. |
| J |
| Jubilo: gran entusiasmo y alegría expresados con animación y viveza. |
| L |
| Labilidad emocional: cambios antagónicos en el estado afectivo. Facilidad en el cambio del estado emocional. |
| Longevo: personas comprendidas entre los 90 y 99 años. |

| |
|--|
| M |
| Malestar psicológico: efecto o sensación de encontrarse mal desde el punto de vista psíquico. |
| Mareo: trastorno en la cabeza acompañada, a veces, de molestia en el estómago. |
| Miedo: sensación desagradable que se experimenta ante algún peligro real o imaginario, acompañada de ciertas perturbaciones en el organismo y reacciones motoras, tales como: palidez, paralización, temblor, escalofrío. |
| Misantropía: síntoma frecuente en la melancolía. |
| Molestia digestiva: malestar o pesadumbre provocada por alguna cosa que daña la salud o perturba el funcionamiento del órgano digestivo. |
| N |
| Nerviosismo: estado transitorio de alteración del sistema nervioso que tiene diversas manifestaciones, como la irritabilidad, el insomnio, el cansancio, etc. |
| P |
| Palidez: tono blanquecino de los tegumentos, especialmente de la cara, transitorio o permanente, por el defecto de circulación sanguínea. |
| Palpitación: latido rápido del corazón sentido por el paciente. |
| Pérdida de apetito: véase el termino anorexia. |
| Pesimismo: propensión a juzgar las cosas bajo su aspecto más desfavorable. |
| Prevalencia: Es el número total de casos de una enfermedad dada que existen en un territorio en un periodo de tiempo específico. |
| R |
| Repeticiones: Aumento de la deambulación o de otra actividad motora que no se explica por necesidades básicas ni por otro síntoma psicológico y conductual. |
| Rubor: enrojecimiento del rostro. |
| S |
| Senilidad: debilidad orgánica y mental inherente a la vejez. |
| Síndrome demencial: véase el término demencia. |
| Síndrome del cuidador: conjunto de problemas de orden físico, psíquico, emocional, social o económico que pueden experimentar los cuidadores. Grado de incomodidad o molestia originado por la prestación de cuidados. |
| Síntomas psicológicos y conductuales: grupo heterogéneo de reacciones psicológicas, síntomas psiquiátricos y de la conducta que ocurre en personas con demencia de cualquier etiología. |
| Sobrecarga: impacto en la salud emocional, física, vida social y situación económica del cuidador principal como consecuencia del cuidado de su familiar. |
| Sobresalto: emoción o movimientos súbitos e imprevistos. |
| T |
| Taquicardia: aceleración de los latidos cardiacos. |
| Temblor: agitación involuntaria y continua del cuerpo o de alguna de sus partes. |
| Terror: miedo profundo causado por una amenaza o peligro, del cual no se sabe cómo protegerse. |
| Trastorno de conducta: véase el termino conductual. |
| Trastorno del sueño: véase el término alteración del sueño. |

Tristeza: sentimiento de pena, de falta de alegría.

V

Vocalizaciones repetidas: cualquier sonido o expresión vocal molesta que no obedece a un cambio en el paciente o en su entorno.

Anexo 5.2. Materiales impresos

The image displays a grid of 20 educational cards, organized into 5 rows and 4 columns. Each card is designed to look like a page from a spiral-bound notebook. The cards are color-coded by row: the first row is blue, the second and third rows are purple, the fourth row is red, and the fifth row is green. Each card contains a title, a block of text, and a small image. The titles of the cards are: 'El estado de ánimo', 'El estado de ánimo', 'El estado de ánimo', 'El estado de ánimo', 'El estado de ánimo', 'El estado de ánimo', 'El estado de ánimo', 'El estado de ánimo', 'El estado de ánimo', 'El estado de ánimo', 'El estado de ánimo', 'El estado de ánimo', 'El estado de ánimo', 'El estado de ánimo', 'El estado de ánimo', 'El estado de ánimo', 'El estado de ánimo', 'El estado de ánimo', 'El estado de ánimo', 'El estado de ánimo'. The text on the cards discusses various aspects of dementia care, including emotional states, communication, and behavioral management. The images on the cards include a person's face, a tree, and a landscape. The overall layout is clean and professional, suitable for use in a clinical or educational setting.

Anexo 6. Cuestionario Sociodemográfico y clínico para los cuidadores de los pacientes con enfermedad de Alzheimer en los estadios leve y moderado

Instrucciones:

El cuestionario para los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada se divide fundamentalmente en dos partes: lo que llamamos el cuestionario del adulto mayor con demencia que aunque recoge información sobre este, es contestado por el cuidador y el cuestionario del cuidador. Este tiene el objetivo de recoger de manera asequible todas aquellas variables que guardan relación con la ansiedad y depresión de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada.

El cuestionario será aplicado al cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer leve y moderada. Por consiguiente, el entrevistador debe conocer que este cuidador es el miembro de la familia que asume y se responsabiliza del cuidado total del paciente con este tipo de demencia; satisfaciendo sus necesidades naturales, culturales, espirituales y materiales, permitiéndole que viva en su entorno, y debe tener las siguientes características:

- ✓ Asume las principales tareas de cuidado, con la responsabilidad que ello acarrea.
- ✓ Este debe ser percibido por los restantes miembros de la familia como responsable de asumir el cuidado del enfermo.
- ✓ No puede ser remunerado económicamente por la realización de dichas tareas de cuidado.

Le pedimos sea lo más sincero posible. Gracias

Identificación del Tipo de demencia:

Demencia Leve: 0

Demencia Moderada: 1

I. Cuestionario del paciente con demencia leve y moderada

1. ¿Qué edad tiene el adulto mayor? _____
2. Sexo: Femenino 0 Masculino 1
3. ¿Está casada(o) el adulto mayor actualmente?
Soltera (o) 0 Casada (o) 1 Viuda (o) 2
4. ¿Cuál es el nivel educacional o escolaridad alcanzada por el adulto mayor?
Hasta secundaria concluida 0 Preuniversitario Concluida 1 Nivel superior 2

II. Cuestionario del cuidador

- 1 ¿Qué edad tiene usted? _____
2. Sexo: Femenino 0 Masculino 1
3. ¿Está usted casada(o) actualmente?
Soltera (o) 0 Casada (o) 1 Divorciada (o) 2 Viuda (o) 3
4. ¿Cuál es su nivel educacional o escolaridad alcanzada?
Hasta secundaria concluida 0 Preuniversitario Concluida 1 Nivel superior 2
5. ¿Quién le proporciona el cuidado al adulto mayor con demencia?
Esposa (o) 1 Hija(o) 2 Otros _____
6. ¿Cuántos hijos tiene usted?
Ninguno 0 un hijo 1 dos o más hijos 2
7. ¿Se encuentra trabajando usted actualmente?
No trabaja 0 Trabaja 1
8. ¿Qué tiempo lleva usted brindando cuidados al adulto mayor con demencia?
3 meses – 1 año, 11 meses y 29 días 0
2– 4 años 1
Más de 4 años 2
9. ¿Cuántas horas al día le dedica usted al cuidado al adulto mayor con demencia?

- Hasta 12 horas 0 más de 12 horas 1
10. ¿Tiene bajo su cuidado a otras personas enfermas además del paciente? Sí 0 No 1
11. ¿Por qué motivos usted cuida al paciente? (marque sólo uno)
- Por lazos afectivos 0
- Porque no hay más nadie que lo cuide 1
- Por interés económico 2
- 12- ¿Recibe usted el apoyo en el cuidado del paciente con demencia?
- Sí 0 No 1
- 13-¿Tiene alguna información acerca de la enfermedad que sufre su paciente? Sí 0 No 1
14. ¿Padece usted de alguna enfermedad?
- No presenta 0
- Hipertensión arterial 1
- Diabetes Mellitus 2
- Problemas óseos o musculares 3
- Problemas cardíacos 4
- Problemas respiratorios 5
- Dolores de cabeza 6
- Problemas nerviosos 7
- Otros _____

Anexo 7. Encuesta diagnóstica de conocimientos de los cuidadores principales en relación con la enfermedad de Alzheimer

La presente encuesta forma parte de una investigación para la propuesta de diseño de una Intervención Personalizada de Enfermería para la modificación de la depresión en los cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada. Le agradecemos su sinceridad y cooperación.

1. Sobre la enfermedad de Alzheimer:

¿Conoce que es la enfermedad de Alzheimer? NO ___ Sí ___

¿Conoce la causa de la enfermedad de su familiar? NO ___ Sí ___ Cuál: _____

¿Ha recibido Ud. alguna información sobre el tratamiento de la enfermedad de su familiar?

NO ___ Sí ___

En caso de Sí: ¿Considera que es suficiente? NO ___ Sí ___

¿Por qué vía se informó? ___ Médico ___ Enfermera ___ Amigos o vecinos ___ Libros o revistas

___ Otras. Cuál: _____

¿Conoce los síntomas que presenta su familiar? NO ___ Sí ___

¿Conoce la conducta a seguir para afrontar los síntomas que presenta su familiar? NO ___ Sí ___

Cuales: _____

2. Acciones que brinda al paciente con enfermedad de Alzheimer ante la presencia de los siguientes síntomas:

✓ Alteraciones del sueño

¿Conoce ud. que acciones realizar ante la presencia de alteraciones del sueño? NO ___ Sí ___

¿Considera que precisa mayor información? NO ___ Sí ___

¿Qué hace Ud. para garantizar que su familiar duerma lo suficiente?

✓ Depresión

¿Conoce ud. que acciones realizar ante la presencia de depresión? NO ___ Sí ____
¿Considera que precisa mayor información? NO ___ Sí ____
¿Qué hace Ud. para que su familiar no se deprima?

✓ Ansiedad

¿Conoce ud. que acciones realizar ante la presencia de ansiedad? NO ___ Sí ____
¿Considera que precisa mayor información? NO ___ Sí ____
¿Qué hace Ud. para minimizar la ansiedad en su familiar?

✓ Apatía

¿Conoce ud. que acciones realizar ante la presencia de apatía? NO ___ Sí ____
¿Considera que precisa mayor información? NO ___ Sí ____
¿Qué hace Ud. para minimizar la apatía en su familiar?

✓ Deluciones (Percepción distorsionada de la realidad)

¿Conoce ud. que acciones realizar ante la presencia de deluciones? NO ___ Sí ____
¿Considera que precisa mayor información? NO ___ Sí ____
¿Qué hace Ud. para minimizar la delución en su familiar?

✓ Alucinaciones

¿Conoce ud. que acciones realizar ante la presencia de alucinaciones? NO ___ Sí ____
¿Considera que precisa mayor información? NO ___ Sí ____
¿Qué hace Ud. para minimizar las alucinaciones en su familiar?

✓ Repeticiones

¿Conoce ud. que acciones realizar ante la presencia de repeticiones? NO ___ Sí ____
¿Considera que precisa mayor información? NO ___ Sí ____
¿Qué hace Ud. para minimizar las repeticiones en su familiar?

✓ Trastorno de hábitos alimentarios

¿Conoce ud. que acciones realizar ante la presencia de trastornos de hábitos alimentarios?
NO ___ Sí ____
¿Considera que precisa mayor información? NO ___ Sí ____
¿Qué hace Ud. para minimizar los trastornos de hábitos alimentarios en su familiar?

✓ Agitación o agresión

¿Conoce ud. que acciones realizar ante la presencia de agitación o agresión?
NO ___ Sí ____
¿Considera que precisa mayor información? NO ___ Sí ____
¿Qué hace Ud. para minimizar los síntomas de agitación o agresión en su familiar?

✓ Desinhibición (conducta inadecuada)

¿Conoce ud. que acciones realizar ante la presencia de desinhibición?
NO ___ Sí ____
¿Considera que precisa mayor información? NO ___ Sí ____
¿Qué hace Ud. para minimizar la desinhibición en su familiar?

✓ Irritabilidad

¿Conoce ud. que acciones realizar ante la presencia de irritabilidad?

NO ___ Sí ___

¿Considera que precisa mayor información? NO ___ Sí ___

¿Qué hace Ud. para minimizar la irritabilidad en su familiar?

✓ Euforia

¿Conoce ud. que acciones realizar ante la presencia de euforia?

NO ___ Sí ___

¿Considera que precisa mayor información? NO ___ Sí ___

¿Qué hace ud. para minimizar los síntomas de euforia en su familiar?

3. ¿Existen aspectos relacionados con el cuidado de su familiar acerca de los cuáles ud. considera que no conoce lo suficiente? NO ___ Sí ___

Cuáles _____

Muchas Gracias

Anexo 8. Inventario de Ansiedad de Beck

Nombre:

Fecha:

Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se *corresponda*:

0 = en absoluto

1 = Levemente, no me molesta mucho

2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo

3 = Severamente, casi no podía soportarlo

| | | 0 | 1 | 2 | 3 |
|----|---|---|---|---|---|
| 1 | Hormigueo o entumecimiento | | | | |
| 2 | Sensación de calor | | | | |
| 3 | Temblor de piernas | | | | |
| 4 | Incapacidad de relajarse | | | | |
| 5 | Miedo a que suceda lo peor | | | | |
| 6 | Mareo o aturdimiento | | | | |
| 7 | Palpitaciones o taquicardia | | | | |
| 8 | Sensación de inestabilidad e inseguridad física | | | | |
| 9 | Terrores | | | | |
| 10 | Nerviosismo | | | | |
| 11 | Sensación de ahogo | | | | |
| 12 | Temblores de manos | | | | |
| 13 | Temblor generalizado o estremecimiento | | | | |
| 14 | Miedo a perder el control | | | | |
| 15 | Dificultad para respirar | | | | |
| 16 | Miedo a morir | | | | |

| | | | | | |
|----|------------------------------------|--|--|--|--|
| 17 | Sobresaltos | | | | |
| 18 | Molestias digestivas o abdominales | | | | |
| 19 | Palidez | | | | |
| 20 | Rubor facial | | | | |
| 21 | Sudoración (no debida al calor) | | | | |

Calificación:

0-7 ansiedad mínima

8-15 ansiedad leve

16-25 ansiedad moderada

26-63 ansiedad grave

Anexo 8.1. Tabla 1. Comportamiento de los indicadores de la subdimensión ansiedad antes de la intervención. Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”. 2016.

| Indicadores | Mínima | | Leve | | Moderada | | Severa | | Total | |
|---|--------|-------|------|------|----------|------|--------|------|-------|-------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | No. | % |
| Hormigueo o entumecimiento | 69 | 85.2 | 7 | 8.6 | 5 | 6.2 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Sensación de calor | 72 | 88.9 | 1 | 1.2 | 5 | 6.2 | 3 | 3.7 | 81 | 100.0 |
| Temblor de piernas | 68 | 84.0 | 10 | 12.3 | 3 | 3.7 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Incapacidad de relajarse | 12 | 14.8 | 36 | 44.4 | 25 | 30.9 | 8 | 9.9 | 81 | 100.0 |
| Miedo a que suceda lo peor | 9 | 11.1 | 28 | 34.6 | 9 | 11.1 | 35 | 43.2 | 81 | 100.0 |
| Mareo o aturdimiento | 51 | 63.0 | 29 | 35.8 | 1 | 1.2 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Palpitaciones o taquicardia | 69 | 85.2 | 12 | 14.8 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Sensación de inestabilidad e inseguridad física | 12 | 14.8 | 34 | 42.0 | 21 | 25.9 | 14 | 17.3 | 81 | 100.0 |
| Terrores | 76 | 93.8 | 5 | 6.2 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Nerviosismo | 25 | 30.9 | 37 | 45.7 | 17 | 21.0 | 2 | 2.5 | 81 | 100.0 |
| Sensación de ahogo | 38 | 46.9 | 17 | 21.0 | 23 | 28.4 | 3 | 3.7 | 81 | 100.0 |
| Temblores de manos | 75 | 92.6 | 6 | 7.4 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Temblor generalizado o estremecimiento | 81 | 100.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Miedo a perder el control | 9 | 11.1 | 42 | 51.9 | 21 | 25.9 | 9 | 11.1 | 81 | 100.0 |
| Dificultad para respirar | 81 | 100.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Miedo a morir | 32 | 39.5 | 19 | 23.5 | 27 | 33.3 | 3 | 3.7 | 81 | 100.0 |
| Sobresaltos | 40 | 49.5 | 14 | 17.3 | 22 | 27.2 | 5 | 6.2 | 81 | 100.0 |
| Molestias digestivas o abdominales | 45 | 55.6 | 18 | 22.2 | 16 | 19.8 | 2 | 2.5 | 81 | 100.0 |
| Palidez | 81 | 100.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|----|------|----|------|---|-----|---|-----|----|-------|
| Rubor facial | 72 | 88.9 | 8 | 9.9 | 1 | 1.2 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Sudoración (no debida al calor) | 66 | 81.5 | 14 | 17.3 | 1 | 1.2 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |

Anexo 8.2. Tabla 2. Cálculo del Índice Ponderado de la subdimensión depresión antes de la intervención. Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”. 2016.

Los indicadores se midieron en una escala ordinal (**SSO**: siempre se observa, **CSSO**: casi siempre se observa, **SOR**: se observa regularmente; **SOM**: se observa de manera mínima) Para determinar la confiabilidad de la mediana se calculan los índices ponderados haciendo corresponder un peso a cada categoría, para con posterioridad hacer las valoraciones cualitativas.

| Escala ordinal de la subdimensión ansiedad | Peso |
|--|------|
| SOM : se observa de manera mínima | 8 |
| SOR : se observa regularmente | 6 |
| CSSO : casi siempre se observa | 4 |
| SSO : siempre se observa | 2 |

| Indicadores | SOM (8) | SOR (6) | CSSO (4) | SSO (2) |
|---|----------------|----------------|---------------|---------------|
| Hormigueo o entumecimiento | 69 | 7 | 5 | 0 |
| Sensación de calor | 72 | 1 | 5 | 3 |
| Temblores de piernas | 68 | 10 | 3 | 0 |
| Incapacidad de relajarse | 12 | 36 | 25 | 8 |
| Miedo a que suceda lo peor | 9 | 28 | 9 | 35 |
| Mareo o aturdimiento | 51 | 29 | 1 | 0 |
| Palpitaciones o taquicardia | 69 | 12 | 0 | 0 |
| Sensación de inestabilidad e inseguridad física | 12 | 34 | 21 | 14 |
| Terrores | 76 | 5 | 0 | 0 |
| Nerviosismo | 25 | 37 | 17 | 2 |
| Sensación de ahogo | 38 | 17 | 23 | 3 |
| Temblores de manos | 75 | 6 | 0 | 0 |
| Temblores generalizados o estremecimiento | 81 | 0 | 0 | 0 |
| Miedo a perder el control | 9 | 42 | 21 | 9 |
| Dificultad para respirar | 81 | 0 | 0 | 0 |
| Miedo a morir | 32 | 19 | 27 | 3 |
| Sobresaltos | 40 | 14 | 22 | 5 |
| Molestias digestivas o abdominales | 45 | 18 | 16 | 2 |
| Palidez | 81 | 0 | 0 | 0 |
| Rubor facial | 72 | 8 | 1 | 0 |
| Sudoración (no debida al calor) | 66 | 14 | 1 | 0 |
| Suma de las frecuencias | 1083 | 337 | 197 | 84 |
| Dividir por los 21 indicadores | 51.5714 | 16.0476 | 9.3809 | 4.0000 |

| | | | | |
|---|--------|--------|--------|-------|
| Redondear | 52 | 16 | 9 | 4 |
| Multiplicar por el valor de la categoría | 416 | 96 | 36 | 8 |
| Calcular el índice de la categoría (Dividir por el número de cuidadores principales) | 5.1358 | 1.1852 | 0.4444 | 0.099 |
| Suma de los índices de las cuatro categorías | 6.8644 | | | |



Figura.8.2. Índice ponderado de los indicadores de la subdimensión ansiedad antes de la intervención

Anexo 9. Inventario de Depresión de Beck

La escala de depresión de Beck, es un mecanismo fiable para medir tu estado de ánimo. Con este se detecta la presencia de la depresión y se mide exactamente su gravedad. Este sencillo cuestionario de selección múltiple se contesta en pocos minutos. Para completar el cuestionario, lee cada punto con atención y rodea con un círculo el número que se encuentra junto a la respuesta que mejor se adapte a lo que la persona ha estado sintiendo últimamente.

1. Tristeza.

0. No me siento triste.
1. Me siento triste.
2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
1. Me siento desanimado de cara al futuro.
2. siento que no hay nada por lo que luchar.
3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

0. No me siento fracasado.
1. He fracasado más que la mayoría de las personas.
2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

0. No me siento especialmente culpable.
1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3. Me siento culpable constantemente

6. Expectativas de castigo

0. No creo que esté siendo castigado.

1. Siento que quizás esté siendo castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio

0. No estoy descontento de mí mismo.
1. Estoy descontento de mí mismo.
2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
3. Me detesto.

8. Autoacusación

0. No me considero peor que cualquier otro.
1. Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
2. Continuamente me culpo por mis faltas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Idea suicidas

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2. Desearía poner fin a mi vida.
3. me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

0. No lloro más de lo normal.
1. Ahora lloro más que antes.
2. Lloro continuamente.
3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

0. No estoy especialmente irritado.
1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2. Me siento irritado continuamente.
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

0. No he perdido el interés por los demás.
1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
2. He perdido gran parte del interés por los demás.
3. He perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.
1. Evito tomar decisiones más que antes.
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal.

0. No creo tener peor aspecto que antes.
1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

0. Trabajo igual que antes.
1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

0. Duermo tan bien como siempre.
1. No duermo tan bien como antes.
2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

0. No me siento más cansado de lo normal.

1. Me canso más que antes.

2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

0. Mi apetito no ha disminuido.

1. No tengo tan buen apetito como antes.

2. Ahora tengo mucho menos apetito.

3. He perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

0. No he perdido peso últimamente.

1. He perdido más de 2 kilos.

2. He perdido más de 4 kilos.

3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

0. No estoy preocupado por mi salud

1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.

2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.

3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía

0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.

1. La relación sexual me atrae menos que antes.

2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.

3. He perdido totalmente el interés sexual.

Una vez completado el cuestionario, se suman los puntos correspondientes a cada una de las 21 preguntas y se obtiene el total. Puesto que la puntuación más alta que se puede obtener en cada una de las preguntas es 3, el total más alto posible de todo el cuestionario será de 63.

No depresión: 0 – 9 puntos.

Depresión leve: 10 – 18 puntos.

Depresión moderada: 19 – 29 puntos

Depresión grave: \geq 30 puntos

Anexo 9.1. Tabla 3. Comportamiento de los indicadores de la subdimensión depresión antes de la intervención. Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”. 2016.

| Indicadores | No | | Leve | | Moderada | | Grave | | Total | |
|-------------------------|----|------|------|------|----------|------|-------|-----|-------|-------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | No. | % |
| Tristeza | 10 | 12.3 | 31 | 38.3 | 40 | 49.4 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Pesimismo | 7 | 8.6 | 29 | 35.8 | 40 | 49.4 | 5 | 6.2 | 81 | 100.0 |
| Sensación de fracaso | 33 | 40.7 | 21 | 25.9 | 23 | 28.4 | 4 | 4.9 | 81 | 100.0 |
| Insatisfacción | 17 | 21.0 | 39 | 48.1 | 17 | 21.0 | 8 | 9.9 | 81 | 100.0 |
| Culpa | 32 | 39.5 | 16 | 19.8 | 33 | 40.7 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Expectativas de castigo | 33 | 40.7 | 19 | 23.5 | 22 | 27.2 | 7 | 8.6 | 81 | 100.0 |
| Autodesprecio | 15 | 18.5 | 38 | 46.9 | 22 | 27.2 | 6 | 7.4 | 81 | 100.0 |
| Autoacusación | 4 | 4.9 | 46 | 56.8 | 28 | 34.6 | 3 | 3.7 | 81 | 100.0 |
| Idea suicidas | 32 | 39.5 | 46 | 56.8 | 3 | 3.7 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Episodios de llanto | 6 | 7.4 | 32 | 39.5 | 40 | 49.4 | 3 | 3.7 | 81 | 100.0 |

| | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----|------|----|------|----|------|---|-----|----|-------|
| Irritabilidad | 4 | 4.9 | 58 | 71.6 | 16 | 19.8 | 3 | 3.7 | 81 | 100.0 |
| Retirada social | 8 | 9.9 | 36 | 44.4 | 30 | 37.0 | 7 | 8.6 | 81 | 100.0 |
| Indecisión | 6 | 7.4 | 50 | 61.7 | 25 | 30.9 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Cambios en la imagen corporal | 31 | 38.3 | 23 | 28.4 | 24 | 29.6 | 3 | 3.7 | 81 | 100.0 |
| Enlentecimiento | 1 | 1.2 | 41 | 50.6 | 38 | 46.9 | 1 | 1.2 | 81 | 100.0 |
| Insomnio | 7 | 8.6 | 30 | 37.0 | 39 | 48.1 | 5 | 6.2 | 81 | 100.0 |
| Fatigabilidad | 11 | 13.6 | 35 | 43.2 | 31 | 38.3 | 4 | 4.9 | 81 | 100.0 |
| Pérdida de apetito | 28 | 34.6 | 30 | 37.0 | 21 | 25.9 | 2 | 2.5 | 81 | 100.0 |
| Pérdida de peso | 41 | 50.6 | 33 | 40.7 | 7 | 8.6 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Preocupaciones somáticas | 7 | 8.6 | 33 | 40.7 | 37 | 45.7 | 4 | 4.9 | 81 | 100.0 |
| Bajo nivel de energía | 22 | 27.2 | 42 | 51.9 | 16 | 19.8 | 1 | 1.2 | 81 | 100.0 |

Anexo 9.2. Tabla 4. Cálculo del Índice Ponderado de la subdimensión depresión antes de la intervención. Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”. 2016.

Los indicadores se midieron en una escala ordinal (**SSO**: siempre se observa, **CSSO**: casi siempre se observa, **SOR**: se observa regularmente; **NSO**: no se observa) Para determinar la confiabilidad de la mediana se calculan los índices ponderados haciendo corresponder un peso a cada categoría, para con posterioridad hacer las valoraciones cualitativas.

| Escala ordinal de la subdimensión depresión | Peso |
|---|------|
| NSO : no se observa | 8 |
| SOR : se observa regularmente | 6 |
| CSSO : casi siempre se observa | 4 |
| SSO : siempre se observa | 2 |

Cálculo del índice ponderado de la subdimensión depresión

| Indicadores | NSO (8) | SOR (6) | CSSO (4) | SSO (2) |
|-------------------------|---------|---------|----------|---------|
| Tristeza | 10 | 31 | 40 | 0 |
| Pesimismo | 7 | 29 | 40 | 5 |
| Sensación de fracaso | 33 | 21 | 23 | 4 |
| Insatisfacción | 17 | 39 | 17 | 8 |
| Culpa | 32 | 16 | 33 | 0 |
| Expectativas de castigo | 33 | 19 | 22 | 7 |
| Autodesprecio | 15 | 38 | 22 | 6 |
| Autoacusación | 4 | 46 | 28 | 3 |
| Idea suicidas | 32 | 46 | 3 | 0 |
| Episodios de llanto | 6 | 32 | 40 | 3 |
| Irritabilidad | 4 | 58 | 16 | 3 |

| | | | | |
|---|----------------|----------------|----------------|---------------|
| Retirada social | 8 | 36 | 30 | 7 |
| Indecisión | 6 | 50 | 25 | 0 |
| Cambios en la imagen corporal | 31 | 23 | 24 | 3 |
| Enlentecimiento | 1 | 41 | 38 | 1 |
| Insomnio | 7 | 30 | 39 | 5 |
| Fatigabilidad | 11 | 35 | 31 | 4 |
| Pérdida de apetito | 28 | 30 | 21 | 2 |
| Pérdida de peso | 41 | 33 | 7 | 0 |
| Preocupaciones somáticas | 7 | 33 | 37 | 4 |
| Bajo nivel de energía | 22 | 42 | 16 | 1 |
| Suma de las frecuencias | 355 | 728 | 552 | 66 |
| Dividir por los 21 indicadores | 16.9048 | 34.6667 | 26.2857 | 3.1429 |
| Redondear | 17 | 35 | 26 | 3 |
| Multiplicar por el valor de la categoría | 136 | 210 | 104 | 6 |
| Calcular el índice de la categoría (Dividir por el número de cuidadores principales) | 1.6790 | 2.5926 | 1.2839 | 0.0741 |
| Suma de los índices de las cuatro categorías | 5.6296 | | | |

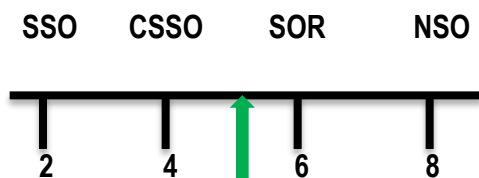


Figura 9.2. Índice ponderado de los indicadores de la subdimensión depresión antes de la intervención

Anexo 10. Dominios, clases y diagnósticos con su definición

| ETAPA CONOCER | |
|---|---|
| Dominio 1. Promoción de la salud: conciencia de bienestar o normalidad en la función y en las estrategias usadas para mantener el control, así como la mejora del bienestar o la normalidad de la función. | |
| Clase 1. Toma de conciencia de la salud: reconocimiento del funcionamiento normal y el bienestar. | |
| Diagnóstico | Definición |
| 00097 Déficit de actividades recreativas | Disminución de la estimulación (o interés, participación) procedente de actividades recreativas o de ocio. |
| Dominio 5. Percepción/cognición: sistema de procesamiento de la información humana que incluye la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación. | |
| Clase 4. Cognición: uso de la memoria, el aprendizaje, el pensamiento, la solución de problemas, la abstracción, el juicio, la introspección, la capacidad intelectual, el cálculo y el lenguaje. | |
| Diagnóstico | Definición |
| 00126 Conocimientos deficientes | Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico. |
| Dominio 7. Rol/relaciones: conexiones o asociaciones positivas y negativas entre las personas o grupos de personas y la manera en que esas conexiones se demuestran. | |
| Clase 1. Roles de cuidador: patrones de conductas socialmente esperados de las personas que proporcionan los cuidados y que no son profesionales de la salud. | |
| Diagnóstico | Definición |
| 00061 Cansancio del rol de cuidador | Dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia o de otras personas significativas. |
| 00062 Riesgo de cansancio del rol de cuidador | Vulnerables a tener dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia o de otras personas significativas, que pueden comprometer la salud. |
| Dominio 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés: convivir con los eventos/procesos vitales. | |
| Clase 2. Respuestas de afrontamiento: proceso de gestión del estrés del entorno. | |
| Diagnóstico | Definición |
| 00146 Ansiedad | Sensación vaga o intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza. |

Anexo 10.1. Etapa Estar con / Hacer por

| ETAPA ESTAR CON | | ETAPA HACER POR | | |
|--|---|---|--|---|
| DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA) 00097 DEFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS | | | | |
| RESULTADOS ESPERADOS – NOC | | ESCALA DE MEDICIÓN DEL INDICADOR | INTERVENCIONES NIC | RESULTADOS – |
| RESULTADOS | INDICADORES | | | |
| <p>Principal 1503 Implicación social Interacciones sociales con personas, grupos u organizaciones. Dominio 03: Salud psicosocial Clase P: Interacción social</p> | <p>150301 Interacción con amigos íntimos 150302 Interacción con vecinos 150303 Interacción con miembros de la familia</p> | <p>Escala m 1. nunca demostrado 2. raramente demostrado 3. a veces demostrado 4. frecuentemente demostrado 5. siempre demostrado</p> | <p>5100 Potenciación de la socialización Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros. Campo 03: Conductual Clase Q: Potenciación de la comunicación Actividades: 510001 Fomentar la implicación en relaciones potenciales ya establecidas. 510002 Animar al paciente a desarrollar relaciones. 510003 Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes. 510004 Fomentar la participación de actividades sociales y comunitarias. 510005 Fomentar compartir problemas comunes con los demás. 510022 Explorar los puntos fuertes y débiles del círculo actual de relaciones.</p> | <p>Escala m 1. nunca demostrado 2. raramente demostrado 3. a veces demostrado 4. frecuentemente demostrado 5. siempre demostrado</p> |

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA) 00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES

| RESULTADOS ESPERADOS – NOC | | ESCALA DE MEDICIÓN DEL INDICADOR | INTERVENCIONES NIC | RESULTADOS – |
|---|---|--|--|--|
| RESULTADOS | INDICADORES | | | |
| <p>Principal 1824 Conocimiento: Cuidados en la enfermedad Grado de la comprensión transmitida sobre la información relacionada con la enfermedad necesaria para alcanzar y conseguir mantener una salud óptima. Dominio 04: Conocimientos y conductas de salud Clase S: Conocimiento sobre salud</p> | <p>182402 Proceso específico de la enfermedad</p> | <p>Escala u 1. ningún conocimiento 2. escaso conocimiento 3. conocimiento moderado 4. conocimiento sustancial 5. conocimiento extenso</p> | <p>5602 Enseñanza: Proceso de enfermedad Ayuda al cuidador principal a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico (enfermedad de Alzheimer) Campo 03: Conductual Clase S: Educación de los pacientes (cuidador principal) Actividades 560203 Revisar el conocimiento del cuidador principal sobre la enfermedad de Alzheimer. 560205 Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad. 560206 Explorar con el cuidador principal lo que ya ha hecho para controlar los síntomas. 560209 Proporcionar información al cuidador principal acerca de la enfermedad 560211 Evitar las promesas tranquilizadoras vacías. 560212 Dar seguridad sobre el estado del paciente con enfermedad de Alzheimer. 560221 Enseñar al cuidador principal medidas para controlar/minimizar los síntomas. 560225 Proporcionar al cuidador principal el número de teléfono al que llamar si surgen complicaciones. 560226 Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo de salud, según corresponda.</p> | <p>Escala u 1. ningún conocimiento 2. escaso conocimiento 3. conocimiento moderado 4. conocimiento sustancial 5. conocimiento extenso</p> |

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA) 00061 CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR

| RESULTADOS ESPERADOS – NOC | | ESCALA DE MEDICIÓN DEL INDICADOR | INTERVENCIONES NIC | RESULTADOS – |
|---|--|--|---|--|
| RESULTADOS | INDICADORES | | | |
| <p>Principal 2205 Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos Aporte por el profesional sanitario familiar de cuidados personales y sanitarios para un miembro de la familia. Dominio 06: Salud familiar Clase W: Ejecución del cuidador familiar</p> | <p>220501 Aporte de soporte emocional al receptor de los cuidados 220503 Conocimiento del proceso de la enfermedad 220509 Monitorización de la conducta del receptor de los cuidados 220510 Anticipación de las necesidades del receptor de los cuidados 220513 Confianza en la realización de las tareas necesarias</p> | <p>Escala f 1. inadecuado 2. ligeramente adecuado 3. moderadamente adecuado 4. sustancialmente adecuado 5. completamente adecuado</p> | <p>Principal 5395 Mejora de la autoconfianza Refuerzo de la confianza de un individuo de su capacidad de desarrollar una conducta saludable. Campo 03: Conductual Clase R: Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles Actividades 539501 Explorar la percepción del cuidador principal de su capacidad de desarrollar la conducta deseada. 539502 Explorar la percepción del individuo de los beneficios de ejecutar la conducta deseada. 539506 Ayudar al individuo a comprometerse con un plan de acción para cambiar la conducta. 539507 Reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción. 539512 Proporcionar refuerzo positivo y apoyo emocional durante el proceso de aprendizaje y durante la implementación de la conducta.</p> | <p>Escala f 1. inadecuado 2. ligeramente adecuado 3. moderadamente adecuado 4. sustancialmente adecuado 5. completamente adecuado</p> |
| <p>Sugeridas 2506 Salud emocional del cuidador principal Bienestar emocional de un cuidador familiar mientras atiende a un miembro de la familia. Dominio 06: Salud familiar</p> | <p>250601 Satisfacción con la vida 250602 Sensación de control 250603 Autoestima 250604 Temor 250605 Resentimiento 250606 Culpa</p> | <p>Escala a 1. gravemente comprometido 2. sustancialmente comprometido 3. moderadamente comprometido 4. sustancialmente comprometido 5. no comprometido</p> | <p>Principal 7040 Apoyo al cuidador principal Suministro de la necesaria información, recomendación y apoyo necesarios para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de los cuidados sanitarios. Campo 05: Familia Clase X: Cuidados de la vida Actividades</p> | <p>Escala a 1. gravemente comprometido 2. sustancialmente comprometido 3. moderadamente comprometido 4. sustancialmente comprometido</p> |

| | | | | |
|--|---|--|--|---------------------------|
| <p>Clase Z: Estado de salud de los miembros de la familia</p> | <p>250607 Depresión 250608 Frustración 250609 Ambivalencia con respecto a la situación 250610 Certeza sobre el futuro 250611 Relación social percibida 250612 Bienestar espiritual percibido</p> | | <p>704001 Determinar el nivel de conocimientos del cuidador principal. 704002 Determinar la aceptación del cuidador principal de su papel. 704003 Aceptar las expresiones de emoción negativa. 704004 Admitir las dificultades del rol del cuidador principal. 704005 Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles. 704006 Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador, según corresponda. 704007 Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador principal. 704008 Animar al cuidador principal a que asuma su responsabilidad, si es el caso. 704009 Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal. 704010 Animar la aceptación de interdependencia entre los miembros de la familia. 704011 Monitorizar los problemas de interacción de la familia en relación con los cuidados del paciente. 704012 Proporcionar información sobre el estado del paciente. 704013 Enseñar al cuidador principal la terapia del paciente. 704014 Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente. Monitorizar la presencia de indicios de estrés. 704017 Explorar con el cuidador principal cómo lo está afrontando. 704018 Enseñar al cuidador principal técnicas de manejo del estrés. 704022 Enseñar al cuidador principal estrategias de mantenimiento de la asistencia sanitaria para fomentar la propia salud física y mental. 704025 Informar al cuidador principal sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.</p> | <p>5. no comprometido</p> |
|--|---|--|--|---------------------------|

| | | | | |
|---|-----------------------------------|---|--|---|
| | | | 704030 Animar al cuidador principal durante los momentos difíciles del paciente. 704031 Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo. | |
| <p>2508 Bienestar del cuidador principal Alcance de la percepción positiva del estado del proveedor de cuidados primarios. Dominio 06: Salud familiar Clase Z: Estado de salud de los miembros de la familia</p> | 250809 Rol del cuidador principal | <p>Escala s</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. no del todo satisfecho 2.algo satisfecho 3. moderadamente satisfecho 4. muy satisfecho 5. completamente satisfecho | <p>Principal 7040 Apoyo al cuidador principal (ver NOC 2506) Sugeridas 5270 Apoyo emocional Proporcionar seguridad, aceptación y animo en momentos de tensión. Campo 03: Conductual Clase R: Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles Actividades 527002 Explorar con el cuidador principal qué ha desencadenado las emociones. 527003 Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. 527004 Abrazar o tocar al cuidador principal para proporcionarle apoyo. 527005 Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. 527006 Ayudar al cuidador principal a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. 527007 Animar al cuidador principal a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. 527009 Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. 527010 Facilitar la identificación por parte del cuidador principal del patrón habitual de afrontamiento de los temores. 527013 Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. 527014 Permanecer con el cuidador principal y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad. 527015 Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. 527016 No exigir demasiado del funcionamiento cognitivo</p> | <p>Escala s</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. no del todo satisfecho 2.algo satisfecho 3. moderadamente satisfecho 4. muy satisfecho 5. completamente satisfecho |

cuando el cuidador principal esté enfermo o fatigado.
527017 Remitir a interconsulta con especialista, si se precisa.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA) 00062 RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR

| RESULTADOS ESPERADOS – NOC | | ESCALA DE MEDICIÓN DEL INDICADOR | INTERVENCIONES NIC | RESULTADOS – |
|--|---|---|---|---|
| RESULTADOS | INDICADORES | | | |
| <p>2203 Alteración del estilo de vida del cuidador principal Gravedad de alteraciones en el estilo de vida de un miembro de la familia debido a su papel de cuidador. Dominio 06: Salud familiar Clase W: Ejecución del cuidador familiar</p> | <p>220310 Responsabilidades del rol</p> | <p>Escala a 1. gravemente comprometido 2. sustancialmente comprometido 3. moderadamente comprometido 4. sustancialmente comprometido 5. no comprometido</p> | <p>Principal 7040 Apoyo al cuidador principal (ver NOC 2506) Sugeridas 5270 Apoyo emocional (ver NOC 2508) 5250 Apoyo en la toma de decisiones Proporcionar información y apoyo al cuidador principal que debe tomar una decisión sobre la asistencia sanitaria. Campo 03: Conductual Clase R: Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles Campo 06: Sistema sanitario Clase Y: Mediación del sistema sanitario Actividades 525002 Informar al cuidador principal sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo. 525003 Ayudar al cuidador principal a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa. 525006 Obtener el consentimiento informado, cuando se requiera. 525007 Facilitar la toma de decisiones en colaboración. 525010 Proporcionar la información solicitada por el cuidador principal. 525013 Servir de enlace entre el cuidador principal y otros profesionales sanitarios. 525016 Ayudar al cuidador principal a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales.</p> | <p>Escala a 1. gravemente comprometido 2. sustancialmente comprometido 3. moderadamente comprometido 4. sustancialmente comprometido 5. no comprometido</p> |

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA) 00146 ANSIEDAD

| RESULTADOS ESPERADOS – NOC | | ESCALA DE MEDICIÓN DEL INDICADOR | INTERVENCIONES NIC | RESULTADOS – |
|--|---|--|---|--|
| RESULTADOS | INDICADORES | | | |
| <p>1302 Afrontamiento de problemas Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo. Dominio 03: Salud psicosocial Clase N: Adaptación psicosocial</p> | <p>130203 Verbaliza sensación de control 130204 Refiere disminución de estrés</p> | <p>Escala m 1. nunca demostrado 2. raramente demostrado 3. a veces demostrado 4. frecuentemente demostrado 5. siempre demostrado</p> | <p>Sugeridas 7040 Apoyo al cuidador principal (ver NOC 2506) 5270 Apoyo emocional (ver NOC 2508) 5250 Apoyo en la toma de decisiones(ver NOC 2203) 5820 Disminución de la ansiedad Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto. Campo 03: Conductual Clase T: Fomento de la comodidad psicológica Actividades 582001 Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. 582002 Permanecer con el cuidador principal para promover la seguridad y reducir el miedo. 582004 Tratar de comprender la perspectiva del cuidador principal sobre una situación estresante. 582012 Escuchar con atención 582014 Crear un ambiente que facilite la confianza. 582015 Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. 582016 Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. 582018 Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. 582022 Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente. 582024 Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda. 582025 Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.</p> | <p>Escala m 1. nunca demostrado 2. raramente demostrado 3. a veces demostrado 4. frecuentemente demostrado 5. siempre demostrado</p> |
| <p>1402 Autocontrol de la ansiedad Acciones personales</p> | <p>140210 Mantiene el desempeño del rol</p> | <p>Escala m 1. nunca demostrado 2. raramente demostrado</p> | <p>5230 Aumentar el afrontamiento Ayudar al cuidador principal a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que</p> | <p>Escala m 1. nunca demostrado 2. raramente</p> |

| | | | | |
|---|--|---|---|---|
| <p>para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada. Dominio 03: Salud psicosocial Clase O: Autocontrol</p> | | <p>3. a veces demostrado 4. frecuentemente demostrado 5. siempre demostrado</p> | <p>interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida. Campo 03: Conductual Clase R: Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles Actividades 523002 Valorar el impacto de la situación vital del cuidador principal en los papeles y relaciones. 523004 Valorar la comprensión del cuidador principal del proceso de enfermedad. 523006 Utilizar un enfoque sereno de reafirmación. 523009 Ayudar al cuidador principal a identificar la información que mas le interese obtener. 523013 Evaluar la capacidad del cuidador principal para tomar decisiones. 523018 Favorecer las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes. 523019 Fomentar las actividades sociales y comunitarias. 523027 Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del cuidador principal. 523033 Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos. 523035 Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.</p> | <p>demostrado 3. a veces demostrado 4. frecuentemente demostrado 5. siempre demostrado</p> |
|---|--|---|---|---|

Anexo 10.2. Fases de la etapa Hacer por

Fase 1. Conociendo la enfermedad de Alzheimer

Esta etapa estuvo compuesta por tres de sesiones de trabajo. Las acciones o actividades que se desarrollan en estas sesiones se relacionan con los aspectos generales de la enfermedad de Alzheimer y las necesidades sentidas.

Sección 1. ¿Qué es la enfermedad de Alzheimer?

Tema: Aspectos generales de la enfermedad de Alzheimer

Objetivos: Explicar a los cuidadores principales aspectos generales de la enfermedad de Alzheimer.

Contenidos: Concepto de la enfermedad de Alzheimer. Estadios de la enfermedad.

Técnicas utilizadas: Expositiva. Discusión temática

Especialista Responsable: Personal de Enfermería

Taxonomía NANDA, NIC y NOC: consulte el anexo 10.1

Sección 2. ¿Por qué el enfermo actúa así?

Tema: Síntomas psicológicos y conductuales. Tratamiento no farmacológico.

Objetivos: Explicar a los cuidadores principales los síntomas psicológicos y conductuales, y la importancia del tratamiento no farmacológico.

Reforzar actividades brindadas en otras secciones, según se requiera.

Contenidos: Síntomas psicológicos y conductuales. Conducta a seguir ante su presencia.

Técnicas utilizadas: Expositiva. Discusión temática

Especialista Responsable: Personal de Enfermería

Taxonomía NANDA, NIC y NOC: consulte el anexo 10.1

Sección 3. ¿Qué más aprender sobre la enfermedad?

Tema: Estreñimiento y vagabundeo

Objetivos: Enunciar acciones para actuar ante la presencia de estreñimiento y vagabundeo en los pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada.

Reforzar actividades brindadas en otras secciones, según se requiera.

Contenido: Acciones para actuar ante la presencia de estreñimiento y vagabundeo en el paciente con enfermedad de Alzheimer leve y moderada

Técnicas utilizadas: Expositiva. Discusión temática

Especialista Responsable: Personal de Enfermería

Taxonomía NANDA, NIC y NOC: consulte el anexo 10.1

Sección 4. Ejercitar los conocimientos sobre la enfermedad de Alzheimer

Tema: Aplicación de los conocimientos aprendidos

Objetivos: Aplicar la apropiación de los conocimientos sobre la enfermedad de Alzheimer; síntomas psicológicos y conductuales; conducta a seguir ante su presencia y las necesidades sentidas.

Reforzar actividades brindadas en otras secciones, según se requiera.

Técnicas utilizadas: Discusión temática

Especialista Responsable: Personal de Enfermería

Taxonomía NANDA, NIC y NOC: consulte el anexo 10.1

Fase 2. Aprender a cuidar cuidándose

Sección 5. Cuidados al cuidador principal

Tema: Ansiedad y depresión en el cuidador principal

Objetivos: Fomentar los recursos personales del cuidador principal para modificar la ansiedad y depresión que le produce cuidar al familiar con enfermedad de Alzheimer.

Reforzar actividades brindadas en otras secciones, según se requiera.

Contenidos: Problemas físicos, psíquicos y sociales en el cuidador principal. Ansiedad y depresión del cuidador principal. Factores desencadenantes. Cuidados del cuidador principal.

Técnicas utilizadas: Análisis de situaciones personales con apoyo de componentes de re-estructuración cognitiva y de solución de problemas.

Especialista Responsable: Personal de Enfermería

Taxonomía NANDA, NIC y NOC: consulte el anexo 10.1

Sección 6. Aplicar los conocimientos para modificar la ansiedad y depresión

Tema: Aplicación de los conocimientos adquiridos para minimizar la ansiedad y depresión

Objetivos: Aplicar la apropiación de los conocimientos para minimizar la ansiedad y depresión.

Reforzar actividades brindadas en otras secciones, según se requiera.

Técnicas utilizadas: Discusión temática

Especialista Responsable: Personal de Enfermería

Taxonomía NANDA, NIC y NOC: consulte el anexo 10.1

Sección 7. Valoración de los resultados de la Intervención

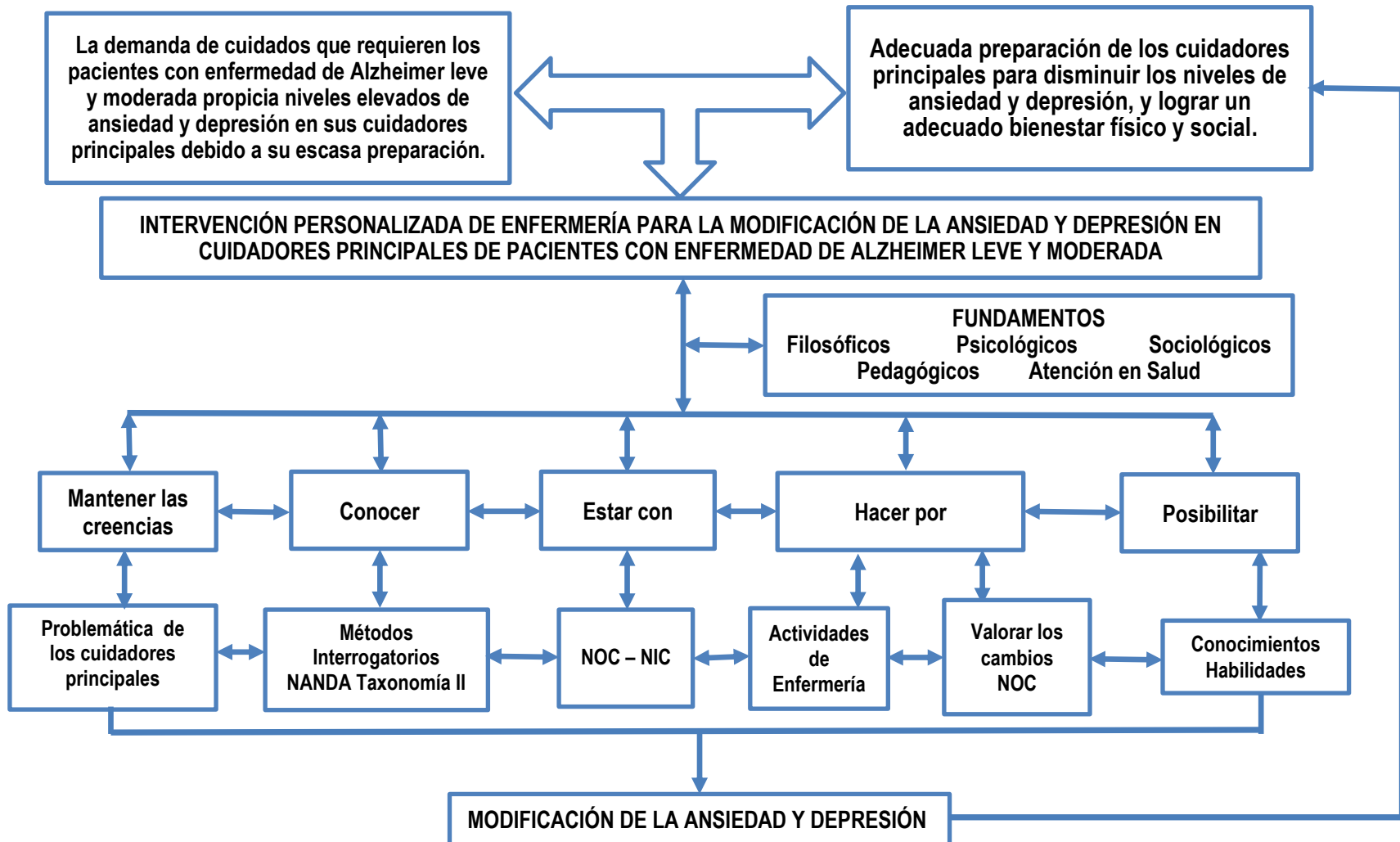
Tema: ¿Qué hemos aprendido?

Objetivos: Valorar los cambios ocurridos en los cuidadores principales como resultado de la Intervención personalizada de enfermería.

Especialista Responsable: Personal de Enfermería

Taxonomía NANDA, NIC y NOC: consulte el anexo 10.1

Anexo 11. Figura 2. Intervención Personalizada de Enfermería para la modificación de la ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer leve y moderada



Anexo 12. Consulta a expertos

Estimado colega:

Estamos realizando una investigación sobre la ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer en el Policlínico Docente Julio Antonio Mella del municipio Guanabacoa, esta encuesta es de forma anónima, por lo que esperamos su cooperación. Muchas gracias

A continuación se expone la propuesta, para su validación teórica.

Gracias por su calificada ayuda

I. Marque con una equis (X) el grado de conocimiento que usted posee sobre el tema: Ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer

Indicaciones: Considere la respuesta en orden creciente, donde 0 es desconocimiento total y 10 altos conocimientos.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | | | | | | |

II. ¿Qué fuentes de información usted utilizó para poseer los argumentos sobre el tema: Ansiedad y depresión en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer?

Indicaciones: Marque con una equis (X), la valoración que más se acerque a la suya.

| Fuente de Argumentación | Alto | Medio | Bajo |
|---------------------------------|------|-------|------|
| Análisis teórico realizado | | | |
| Experiencia práctica obtenida | | | |
| Trabajos de autores nacionales | | | |
| Trabajos de autores extranjeros | | | |
| Su intuición | | | |

III. A continuación ponemos a su consideración un grupo de frases que valoran diferentes indicadores de la propuesta.

Indicaciones: Para recopilar su opinión marque con una equis (X) el juicio o valoración que más se acerque a la suya según los elementos siguientes:

Leyenda: I-Inadecuado; PA-Poco Adecuado; A-Adecuado; BA-Bastante Adecuado; MA-Muy Adecuado

| No. | Elementos | I | PA | A | BA | MA |
|-----|---|---|----|---|----|----|
| 1 | La propuesta de Intervención para el cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer leve y moderada a mi juicio posee una pertinencia: | | | | | |
| 2 | El carácter sistémico que se evidencia entre los componentes de la Intervención lo considero: | | | | | |
| 3 | La Teoría de Enfermería utilizada para sustentar la Intervención lo valoro de: | | | | | |
| 4 | Los objetivos que posee la Intervención propuesta se enuncia de forma: | | | | | |
| 5 | A mi criterio las dimensiones e indicadores identificados se consideran: | | | | | |
| 6 | El uso de la Taxonomía NANDA, NIC y NOC lo considero: | | | | | |
| 7 | Los Diagnóstico de enfermería utilizados los valoro | | | | | |

| | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|
| | de forma: | | | | | |
| 8 | Los resultados esperados (NOC) los valoro de forma: | | | | | |
| 9 | Las actividades de enfermería basadas en la NIC lo considero: | | | | | |
| 10 | El resultado obtenido por medio de las NOC usted lo considera: | | | | | |

IV. ¿Desea formular otro elemento que debe ser considerado en la valoración de la intervención propuesta? En caso afirmativo expóngalo a continuación

Muchas gracias por su colaboración

Anexo 12.1. Análisis de los resultados de la consulta a expertos

Tabla de Frecuencia sumativa

| No | I | PA | A | BA | MA |
|----|---|----|---|----|----|
| 1 | 1 | 2 | 4 | 6 | 18 |
| 2 | 1 | 3 | 6 | 9 | 12 |
| 3 | 2 | 1 | 5 | 8 | 15 |
| 4 | 1 | 1 | 3 | 6 | 20 |
| 5 | 1 | 2 | 4 | 8 | 16 |
| 6 | 2 | 3 | 7 | 3 | 16 |
| 7 | 2 | 2 | 9 | 7 | 11 |
| 8 | 1 | 1 | 2 | 5 | 22 |
| 9 | 1 | 1 | 3 | 4 | 22 |
| 10 | 1 | 1 | 2 | 6 | 21 |

Análisis del grado de conocimiento de los expertos

| No | Coficiente de Conocimiento (Kc) | Coficiente de Argumentación (Ka) | Coficiente de Competencia K | Categoría |
|----|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-------------------|
| 1 | 0,9 | 0,95 | 0,925 | Adecuado |
| 2 | 0,5 | 0,45 | 0,475 | Bastante adecuado |
| 3 | 0,8 | 0,45 | 0,625 | Muy adecuado |
| 4 | 0,6 | 0,45 | 0,525 | Muy adecuado |
| 5 | 0,9 | 0,95 | 0,925 | Adecuado |
| 6 | 0,3 | 0,55 | 0,425 | Bastante adecuado |
| 7 | 0,4 | 0,65 | 0,525 | Muy adecuado |
| 8 | 0,9 | 0,85 | 0,875 | Muy adecuado |
| 9 | 0,8 | 0,65 | 0,725 | Muy adecuado |
| 10 | 0,9 | 0,95 | 0,95 | Adecuado |

| | | | | |
|----|-----|------|-------|-------------------|
| 11 | 0,8 | 0,75 | 0,775 | Muy adecuado |
| 12 | 0,7 | 0,85 | 0,775 | Muy adecuado |
| 13 | 0,7 | 0,95 | 0,825 | Muy adecuado |
| 14 | 0,9 | 0,45 | 0,675 | Muy adecuado |
| 15 | 0,8 | 0,75 | 0,775 | Muy adecuado |
| 16 | 0,5 | 0,95 | 0,725 | Muy adecuado |
| 17 | 0,7 | 0,75 | 0,725 | Muy adecuado |
| 18 | 0,6 | 0,75 | 0,675 | Muy adecuado |
| 19 | 0,9 | 0,85 | 0,875 | Muy adecuado |
| 20 | 0,9 | 0,45 | 0,675 | Muy adecuado |
| 21 | 0,9 | 0,85 | 0,875 | Muy adecuado |
| 22 | 1 | 0,95 | 0,925 | Adecuado |
| 23 | 0,7 | 0,45 | 0,575 | Muy adecuado |
| 24 | 1 | 0,95 | 0,975 | Adecuado |
| 25 | 1 | 0,45 | 0,725 | Muy adecuado |
| 26 | 0,9 | 0,45 | 0,675 | Muy adecuado |
| 27 | 0,4 | 0,45 | 0,425 | Bastante adecuado |
| 28 | 0,9 | 0,95 | 0,925 | Adecuado |
| 29 | 0,7 | 0,75 | 0,725 | Muy adecuado |
| 30 | 0,8 | 0,45 | 0,625 | Muy adecuado |
| 31 | 0,9 | 0,85 | 0,875 | Muy adecuado |

Tabla Frecuencia relativa

| No | I | PA | A | BA | MA |
|----|------|------|------|------|----|
| 1 | 0,06 | 0,16 | 0,2 | 0,33 | 1 |
| 2 | 0,03 | 0,1 | 0,2 | 0,33 | 1 |
| 3 | 0,06 | 0,13 | 0,26 | 0,43 | 1 |
| 4 | 0,03 | 0,06 | 0,13 | 0,33 | 1 |
| 5 | 0,03 | 0,06 | 0,13 | 0,46 | 1 |
| 6 | 0,06 | 0,16 | 0,23 | 0,6 | 1 |
| 7 | 0,1 | 0,1 | 0,26 | 0,46 | 1 |
| 8 | 0,03 | 0,03 | 0,3 | 0,43 | 1 |
| 9 | 0,16 | 0,2 | 0,36 | 0,6 | 1 |
| 10 | 0,06 | 0,1 | 0,33 | 0,46 | 1 |

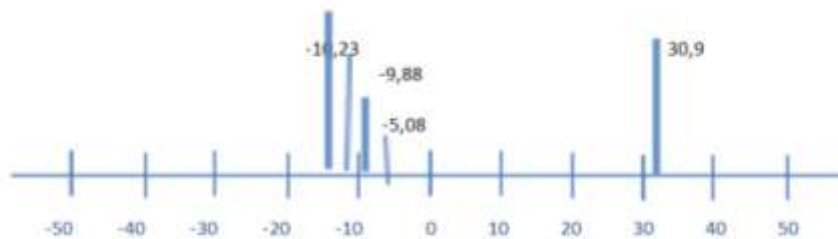
Criterio de la intervención

| No | I | PA | A | BA | MA |
|----|---|----|---|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 1 | 4 | 21 |

| | | | | | |
|----|---|---|---|---|----|
| 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 21 |
| 3 | 1 | 1 | 6 | 5 | 18 |
| 4 | 1 | 1 | 2 | 7 | 20 |
| 5 | 1 | 1 | 2 | 9 | 18 |
| 6 | 2 | 3 | 2 | 5 | 19 |
| 7 | 2 | 0 | 5 | 6 | 18 |
| 8 | 0 | 0 | 8 | 6 | 17 |
| 9 | 1 | 1 | 6 | 9 | 14 |
| 10 | 2 | 0 | 4 | 3 | 22 |

Tabla de las imágenes en la función normal estándar

| No | I | PA | A | BA | MA | Suma de sumas | P | N - P | V |
|----------|--------|--------|-------|-------|-------|---------------|--------|--------|----|
| 1 | -1,55 | -0,99 | -0,84 | -0,44 | +3,09 | -6,91 | -1,382 | -2,73 | MA |
| 2 | -0,44 | -1,28 | -0,44 | 3,09 | +3,09 | +6,09 | +1,218 | -2,566 | MA |
| 3 | -1,55 | -1,13 | -1,94 | -0,18 | +3,09 | -7,89 | -1,578 | -2,926 | MA |
| 4 | -0,44 | -1,55 | -1,13 | -0,44 | +3,09 | -6,65 | -1,33 | -2,678 | MA |
| 5 | -0,44 | -1,55 | -1,13 | -0,10 | +3,09 | -6,31 | -1,262 | -2,61 | MA |
| 6 | -1,55 | -0,99 | -0,74 | -1,55 | +3,09 | -7,92 | -1,584 | -2,932 | MA |
| 7 | -1,28 | -1,28 | -1,94 | -0,10 | +3,09 | -7,69 | -1,538 | -2,886 | MA |
| 8 | -0,44 | -0,44 | -0,52 | -0,18 | +3,09 | +4,67 | +0,934 | -2,281 | MA |
| 9 | -0,99 | -0,84 | -0,36 | -1,55 | +3,09 | -6,83 | -1,366 | -2,714 | MA |
| 10 | -1,55 | -1,28 | -0,44 | -0,10 | +3,09 | -6,46 | -1,296 | -2,64 | MA |
| w | -10,23 | -11,33 | -9,88 | -5,08 | 30,9 | -67,42 | | | |



Anexo 13

Tabla 5. Comportamiento de los indicadores de la subdimensión ansiedad después de la intervención. Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”. 2016.

| Indicadores | Mínimo | | Leve | | Moderado | | Grave | | Total | |
|---|--------|-------|------|------|----------|------|-------|------|-------|-------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | No. | % |
| Hormigueo o entumecimiento | 78 | 96.3 | 3 | 3.7 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Sensación de calor | 81 | 100.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Temblor de piernas | 81 | 100.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Incapacidad de relajarse | 16 | 19.8 | 52 | 64.2 | 13 | 16.0 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Miedo a que suceda lo peor | 10 | 12.3 | 42 | 51.9 | 18 | 22.2 | 11 | 13.6 | 81 | 100.0 |
| Mareo o aturdimiento | 64 | 79.0 | 17 | 21.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Palpitaciones o taquicardia | 80 | 98.8 | 1 | 1.2 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Sensación de inestabilidad e inseguridad física | 17 | 21.0 | 53 | 65.4 | 5 | 6.2 | 6 | 7.4 | 81 | 100.0 |
| Terrores | 81 | 100.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Nerviosismo | 30 | 37.0 | 46 | 56.8 | 5 | 6.2 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Sensación de ahogo | 54 | 66.7 | 19 | 23.5 | 8 | 9.9 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Temblores de manos | 77 | 95.1 | 4 | 4.9 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Temblor generalizado o estremecimiento | 81 | 100.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Miedo a perder el control | 12 | 14.8 | 54 | 66.7 | 15 | 18.5 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Dificultad para respirar | 81 | 100.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Miedo a morir | 42 | 51.9 | 29 | 35.8 | 10 | 12.3 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Sobresaltos | 58 | 71.6 | 14 | 17.3 | 9 | 11.1 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Molestias digestivas o abdominales | 62 | 76.5 | 13 | 16.0 | 6 | 7.4 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Palidez | 81 | 100.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|----|-------|---|-----|---|-----|---|-----|----|-------|
| Rubor facial | 81 | 100.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Sudoración (no debida al calor) | 79 | 97.5 | 2 | 2.5 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |

Anexo 13.1. Tabla 6. Cálculo del Índice Ponderado de la subdimensión depresión antes de la intervención. Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”. 2016.

Los indicadores se midieron en una escala ordinal (**SSO**: siempre se observa, **CSSO**: casi siempre se observa, **SOR**: se observa regularmente; **SOM**: se observa de manera mínima) Para determinar la confiabilidad de la mediana se calculan los índices ponderados haciendo corresponder un peso a cada categoría, para con posterioridad hacer las valoraciones cualitativas.

| Escala ordinal de la subdimensión ansiedad | Peso |
|---|-------------|
| SOM : se observa de manera mínima | 8 |
| SOR : se observa regularmente | 6 |
| CSSO : casi siempre se observa | 4 |
| SSO : siempre se observa | 2 |

| Indicadores | SOM (8) | SOR (6) | CSSO (4) | SSO (2) |
|---|----------------|----------------|-----------------|----------------|
| Hormigueo o entumecimiento | 78 | 3 | 0 | 0 |
| Sensación de calor | 81 | 0 | 0 | 0 |
| Temblor de piernas | 81 | 0 | 0 | 0 |
| Incapacidad de relajarse | 16 | 52 | 13 | 0 |
| Miedo a que suceda lo peor | 10 | 42 | 18 | 11 |
| Mareo o aturdimiento | 64 | 17 | 0 | 0 |
| Palpitaciones o taquicardia | 80 | 1 | 0 | 0 |
| Sensación de inestabilidad e inseguridad física | 17 | 53 | 5 | 6 |
| Terrores | 81 | 0 | 0 | 0 |
| Nerviosismo | 30 | 46 | 5 | 0 |
| Sensación de ahogo | 54 | 19 | 8 | 0 |
| Temblores de manos | 77 | 4 | 0 | 0 |
| Temblor generalizado o estremecimiento | 81 | 0 | 0 | 0 |
| Miedo a perder el control | 12 | 54 | 15 | 0 |
| Dificultad para respirar | 81 | 0 | 0 | 0 |
| Miedo a morir | 42 | 29 | 10 | 0 |
| Sobresaltos | 58 | 14 | 9 | 0 |
| Molestias digestivas o abdominales | 62 | 13 | 6 | 0 |
| Palidez | 81 | 0 | 0 | 0 |
| Rubor facial | 81 | 0 | 0 | 0 |
| Sudoración (no debida al calor) | 79 | 2 | 0 | 0 |
| Suma de las frecuencias | 1246 | 349 | 89 | 17 |
| Dividir por los 21 indicadores | 59.3333 | 16.6190 | 4.2381 | 0.8095 |
| Redondear | 59 | 16 | 4 | 0 |

| | | | | |
|---|--------|--------|--------|--------|
| Multiplicar por el valor de la categoría | 472 | 96 | 16 | 0 |
| Calcular el índice de la categoría (Dividir por el número de cuidadores principales) | 5.8271 | 1.1851 | 0.1975 | 0.0000 |
| Suma de los índices de las cuatro categorías | 7.2097 | | | |

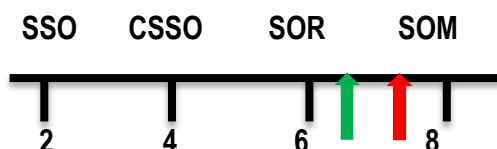


Figura 13.1. Índice ponderado de los indicadores de la subdimensión ansiedad antes y después de la intervención

Anexo 14 Tabla 7. Comportamiento de los indicadores de la subdimensión depresión después de la intervención. Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”. 2016.

| Indicadores | No | | Leve | | Moderada | | Grave | | Total | |
|-------------------------------|----|------|------|------|----------|------|-------|-----|-------|-------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | No. | % |
| Tristeza | 23 | 28.4 | 42 | 51.9 | 14 | 17.3 | 2 | 2.5 | 81 | 100.0 |
| Pesimismo | 26 | 32.1 | 49 | 60.5 | 6 | 7.4 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Sensación de fracaso | 25 | 30.9 | 48 | 59.3 | 8 | 9.9 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Insatisfacción | 48 | 59.3 | 29 | 35.8 | 4 | 4.9 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Culpa | 67 | 82.7 | 8 | 9.9 | 6 | 7.4 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Expectativas de castigo | 65 | 80.2 | 15 | 18.5 | 1 | 1.2 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Autodesprecio | 64 | 79.0 | 17 | 21.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Autoacusación | 66 | 81.5 | 11 | 13.6 | 4 | 4.9 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Idea suicidas | 75 | 92.6 | 6 | 7.4 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Episodios de llanto | 36 | 44.4 | 36 | 44.4 | 9 | 11.1 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Irritabilidad | 32 | 39.5 | 45 | 55.6 | 4 | 4.9 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Retirada social | 41 | 50.6 | 37 | 45.7 | 3 | 3.7 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Indecisión | 28 | 34.6 | 43 | 53.1 | 10 | 12.3 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Cambios en la imagen corporal | 33 | 40.7 | 43 | 53.1 | 5 | 6.2 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Enlentecimiento | 17 | 21.0 | 55 | 67.9 | 9 | 11.1 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Insomnio | 2 | 2.5 | 64 | 79.0 | 15 | 18.5 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Fatigabilidad | 36 | 44.4 | 39 | 48.1 | 6 | 7.4 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Pérdida de apetito | 30 | 37.0 | 41 | 50.6 | 10 | 12.3 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Pérdida de peso | 76 | 93.8 | 5 | 6.2 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Preocupaciones somáticas | 12 | 14.8 | 68 | 84.0 | 1 | 1.2 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |
| Bajo nivel de energía | 49 | 60.5 | 31 | 38.3 | 1 | 1.2 | 0 | 0.0 | 81 | 100.0 |

Anexo 14.1. Tabla 8. Cálculo del Índice Ponderado de la subdimensión depresión después de la intervención. Policlínico Docente “Julio Antonio Mella”. 2016.

| Escala ordinal de la subdimensión depresión | Peso |
|--|-------------|
| NSO: no se observa | 8 |
| SOR: se observa regularmente | 6 |
| CSSO: casi siempre se observa | 4 |
| SSO: siempre se observa | 2 |

| Indicadores | NSO (8) | SOR (6) | CSSO (4) | SSO (2) |
|---|----------------|----------------|-----------------|----------------|
| Tristeza | 23 | 42 | 14 | 2 |
| Pesimismo | 26 | 49 | 6 | 0 |
| Sensación de fracaso | 25 | 48 | 8 | 0 |
| Insatisfacción | 48 | 29 | 4 | 0 |
| Culpa | 67 | 8 | 6 | 0 |
| Expectativas de castigo | 65 | 15 | 1 | 0 |
| Autodesprecio | 64 | 17 | 0 | 0 |
| Autoacusación | 66 | 11 | 4 | 0 |
| Idea suicidas | 75 | 6 | 0 | 0 |
| Episodios de llanto | 36 | 36 | 9 | 0 |
| Irritabilidad | 32 | 45 | 4 | 0 |
| Retirada social | 41 | 37 | 3 | 0 |
| Indecisión | 28 | 43 | 10 | 0 |
| Cambios en la imagen corporal | 33 | 43 | 5 | 0 |
| Enlentecimiento | 17 | 55 | 9 | 0 |
| Insomnio | 2 | 64 | 15 | 0 |
| Fatigabilidad | 36 | 39 | 6 | 0 |
| Pérdida de apetito | 30 | 41 | 10 | 0 |
| Pérdida de peso | 76 | 5 | 0 | 0 |
| Preocupaciones somáticas | 12 | 68 | 1 | 0 |
| Bajo nivel de energía | 49 | 31 | 1 | 0 |
| Suma de las frecuencias | 851 | 732 | 116 | 2 |
| Dividir por los 21 indicadores | 40.5238 | 34.8571 | 5.5238 | 0.0952 |
| Redondear | 41 | 35 | 6 | 0 |
| Multiplicar por el valor de la categoría | 328 | 210 | 24 | 0 |
| Calcular el índice de la categoría (Dividir por el número de cuidadores principales) | 4.0494 | 2.5926 | 0.2963 | 0.0000 |
| Suma de los índices de las cuatro categorías | 6.9383 | | | |

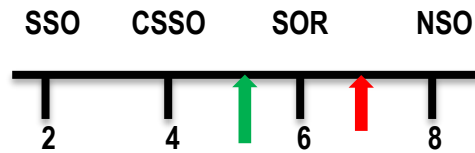


Figura 14.1. Índice ponderado de los indicadores de la subdimensión depresión antes y después de la intervención

Anexo 15. Cuestionario de conocimientos a cuidadores principales sobre la enfermedad de Alzheimer

Las siguientes preguntas se refieren a los conocimientos que usted tiene sobre la enfermedad de Alzheimer. Lea cada pregunta y encierre el número de la respuesta que considere correcta.

1. La enfermedad de Alzheimer es:
 - a. Enfermedad que todos los ancianos la padecen
 - b. Causa más frecuente de demencia
 - c. Enfermedad que tiene cura
 - d. No sabe
2. Los síntomas de la enfermedad de Alzheimer son: (puede marcar más de una respuesta)
 - a. dolor de cabeza e hipertensión arterial
 - b. indiferencia, alucinaciones e alteraciones del sueño
 - c. irritabilidad, repeticiones y agresión
 - d. no sabe
3. Los cuidados al paciente con alteraciones del sueño son:
 - a. Levantar en la noche para llevarlo al baño.
 - b. Administrar los medicamentos indicados a medianoche.
 - c. Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama).
 - d. No sabe
4. Los cuidados al paciente con depresión son:
 - a. Identificar en qué momento se deprime.
 - b. Dejar al paciente tranquilo en su habitación.
 - c. Estimular al paciente para que vea la TV.
 - d. No sabe
5. Los cuidados al paciente con ansiedad son:
 - a. Proteger las puertas con doble cerradura.
 - b. Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
 - c. Sentarse al lado del paciente.
 - d. No sabe
6. Los cuidados al paciente con apatía son:
 - a. Proporcionar al paciente para la realización de actividades de máximo disfrute
 - b. Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama).
 - c. Evite discutir con el paciente
 - d. No sabe
7. Los cuidados al paciente con deluciones son:
 - a. Proporcionar al paciente la oportunidad de comentar las deluciones.
 - b. No hablar sobre el paciente en su presencia.
 - c. Dar soporte y amor
 - d. No sabe
8. Los cuidados al paciente con alucinaciones son:
 - a. Evitar convencer al enfermo de que no percibe hechos reales.
 - b. Ofrecer la alimentación con buena presencia.
 - c. Estimular al paciente para que vea la TV.
 - d. No sabe
9. Los cuidados al paciente con repeticiones son:
 - a. Proteger las puertas con doble cerradura
 - b. Sentarse al lado del paciente
 - c. Distraer al paciente para interrumpir la conducta repetitiva.
 - d. No sabe
10. Los cuidados al paciente con trastorno de hábitos alimentarios son:
 - a. Establecer horarios y simplificar el acto de comer.
 - b. Evitar discutir con el paciente
 - c. Sentarse al lado del paciente
 - d. No sabe
11. Los cuidados al paciente que manifiesta agitación o agresión son:

- a. Administrar los medicamentos indicados. b. Utilice un enfoque sereno, concreto, que dé seguridad. c. Estimular al paciente para que se acueste. d. No sabe
12. Los cuidados al paciente con desinhibición son:
a. Identifique la causa de las conductas inadecuadas y la reacción habitual.
b. Proteger las puertas con doble cerradura c. Sentarse al lado del paciente d. No sabe
13. Los cuidados al paciente que manifieste irritabilidad son:
a. Dejar solo al paciente. b. Distraer al paciente y sugerirle cosas que le son agradables.
c. Estimular al paciente para que se acueste. d. No sabe
14. Los cuidados al paciente con manifestaciones de euforia o júbilo son:
a. Háblele a su familiar con voz baja y con un tono suave. b. No hablar sobre el paciente en su presencia. c. Estimular al paciente para que vea la TV. d. No sabe
15. Los cuidados al paciente con vagabundeo son:
a. Alertar a los vecinos y a la policía sobre la conducta de deambulación errática de su familiar y tenga fotografías actualizadas. b. Dejar al paciente tranquilo en su habitación.
c. No hablar sobre el paciente en su presencia. d. No sabe
16. Los cuidados al paciente con estreñimiento son:
a. Ofrecer la alimentación con buena presencia. b. Ofrecer al paciente dieta rica en fibras, vegetales y líquidos frecuentes. c. Establecer horarios y simplificar el acto de comer. d. No sabe