



U N I V E R S I D A D
AUTÓNOMA
D E I C A

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO: ENFERMERIA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**“CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ALZHEIMER: PERCEPCIÓN
PROPIA Y DE LOS CUIDADORES DEL CENTRO ASISTENCIAL MIS TATAS
EN EL 2017”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR:
SAMÁN GUTIERREZ, LIZETH MILAGROS**

**ASESOR:
LIC. JULIO ZELADA BENAVIDES**

CHINCHA – ICA – PERÚ, 2017

DEDICATORIA

Este agradecimiento iniciará con las gracias infinitas a Dios, el ser supremo que nos permite realizar cada acción en nuestro día a día, el que nos permite llegar a concretar nuestros logros y darnos las fuerzas frente a todo tipo de adversidades.

Este proyecto también va dedicado a mis padres, que gracias a su esfuerzo y apoyo constante, contribuyen día a día en el logro de mis metas trazadas y que a pesar de las adversidades luchan por cumplir y concretar mis ideas, un agradecimiento especial para ellos por depositar su confianza en mi persona.

A mi hija Nashell, por ser mi motivo para seguir luchando y así poder alcanzar mis metas trazadas.

Deseo dedicar también este trabajo, a todas las personas que padecen Alzheimer, en honor a ellos esta investigación con la cual espero contribuir en algo, un granito de arena para la mejora de su calidad de vida y espero que se logren los objetivos, que tengo por seguro no serán muy difíciles de conseguir si realmente se tiene la única finalidad: atenderlos brindándoles la calidad de vida que se merecen.

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación es comparar la calidad de vida percibida por los pacientes con Alzheimer, de la percibida por los cuidadores del Centro Asistencial Mis Tatas de Chíncha en el 2017, ya que, tras la revisión bibliográfica llevada a cabo, se entendió que la calidad de vida es una variable crítica que valora la atención de los profesionales de la salud en relación al ofrecimiento de un trato humanizado al paciente. El diseño metodológico es de tipo no experimental, porque no se pretende influenciar la variable de ninguna forma, de corte transeccional, porque la investigación se da en un único momento determinado, con diseño descriptivo-comparativo, porque observa la variable en su ambiente natural y a la vez se compara en dos contextos plenamente diferenciados. La población de estudio estuvo constituida en dos grupos: el primer grupo de 32 pacientes diagnosticados con Alzheimer del Centro Asistencial Mis Tatas, a los cuales se les aplicó la Escala de calidad de vida en la enfermedad de Alzheimer (QOL – AD), en su versión para paciente, el segundo grupo conformado por 20 cuidadores del Centro Asistencial Mis Tatas, a los cuales se les aplicó el mismo instrumento, pero en la versión para cuidadores. Los resultados fueron: la calidad de vida percibida por los cuidadores tiene una media de 33.7, y la de los pacientes, una media de 28.6. Tras la obtención de estos resultados, se concluye que la calidad de vida percibida por los cuidadores es mayor a la calidad de vida auto - percibida por los pacientes. Finalmente, se recomienda continuar investigando con estudios de diseño explicativo para conocer la causa de los resultados hallados en la presente investigación.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	5
II.	PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN	6
	A. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	6
	B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	8
	C. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	8
	D. VARIABLE	9
III.	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	10
IV.	MARCO TEÓRICO	10
	4.1. CALIDAD DE VIDA	10
	4.2. EL ALZHEIMER	13
	4.3. EL ROL DE LA ENFERMERA EN EL ALZHEIMER	14
V.	MÉTODOS O PROCEDIMIENTOS	16
	A. TIPO Y DISEÑO	16
	B. INSTRUMENTO	16
	C. POBLACIÓN	17
	D. PROCESAMIENTO DE DATOS	17
VI.	RESULTADOS	18
	6.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES	18
	6.2. GRADO DE ALZHEIMER DE LA POBLACIÓN	19
	6.3. CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA POR LOS PACIENTES	20
	6.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LAS RESPUESTAS AL QOL – AD.	21
VII.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	23
	A. CONCLUSIONES	23
	B. RECOMENDACIONES	24
	BIBLIOGRAFÍA	25-26
	ANEXOS	27

I. INTRODUCCIÓN

El Alzheimer, enfermedad que quizás para la gente común es sinónimo de recuerdos olvidados, pero para las enfermeras, nunca significará la enfermedad de las personas olvidadas. Es por ello, que sobre la necesidad de inclusión y sobre la práctica sanitaria humanitaria, el presente trabajo de investigación pretende abordar una temática tan esencial para la enfermería aplicada a la gerontología y psiquiatría, como es la calidad de vida de las personas que padecen Alzheimer.

Asimismo, la valoración de la calidad de vida de los pacientes con Alzheimer, se vuelve más completa, no sólo al entrevistar al paciente, sino también, al incluir la percepción del cuidador, por ello es que se ha tomado en cuenta este criterio al momento de la elección del instrumento.

Entonces, en aras del abordaje con carácter investigativo de esta temática, se ha propuesto estructurar el presente estudio en los siguientes apartados: *Problemática de la investigación*, apartado en el que se toma en cuenta el contexto de conflicto que motivó la investigación, así, a partir de esto, se formulan algunas preguntas que serán el soporte de los objetivos, también se justifica la investigación, pretendiendo garantizar la importancia de la misma, finalmente, se describen las variables tomadas en cuenta. *Objetivo de la investigación*, apartado en el que se trazan las metas a cumplimentar en la investigación. *Marco teórico*, en el que se profundiza teóricamente los conceptos y modelos sustentarios relacionados a la investigación. *Métodos o procedimientos*, apartado en el que se describe el tipo, nivel y diseño de la investigación, se describe el instrumento y los participantes del estudio, y finalmente se proporciona alcances respecto del plan de procesamiento de los datos. *Resultados*, en el cual se interpretan, sintetizan y muestran los datos extraídos tras su procesamiento. *Conclusiones*, apartado en donde se puntualizan algunas consideraciones finales. *Recomendaciones*, apartado en el cual se sugieren algunas pautas de acción, tras la reflexión hecha posterior a la investigación y muestra de resultados.

II. PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN

A. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Que en el mundo haya aproximadamente 50 millones de personas que padecen Alzheimer, y que, de esta cifra, el 18% sean latinoamericanos, convierte, en definitiva, al Alzheimer, como una condición sumamente de cuidado y que requiere, por tanto, permanente estudio, en lo que a su etiología, cuadro clínico, prevalencia y calidad de vida de los afectados se refiere, no sólo para el sistema nacional de salud, sino también, para los sistemas de salud que componen Latinoamérica en su conjunto¹.

Así pues, diversos estudios dejan al descubierto, que los pacientes con Alzheimer, tienden a no gozar de calidad de vida, al menos en relación a la convivencia con su enfermedad. Por ejemplo, en 2004, en la ciudad de New York, la Universidad de Machassutes llevó a cabo un estudio descriptivo titulado “Eeg differentiation of alzheimer’s dementia from other dementias” en el cual pretendió determinar la calidad de vida de 1 987 pacientes norteamericanos con Alzheimer, encontrando que del total de la población de estudio, tan sólo el 13% gozaba de calidad de vida².

En Latinoamérica, Valdivia, Miranda y Gutierrez en el vecino país de Chile, presentaron en el XXI Congreso de Psiquiatría llevado a cabo en la ciudad de Concepción, los resultados de una investigación longitudinal, la cual pretendió monitorear la calidad de los pacientes con Alzheimer en un Hospital Psiquiátrico de Antioquía. Encontraron que desde el año 2000 hasta el 2013, la calidad de vida en los pacientes diagnosticados con Alzheimer, iba en incremento, por lo que concluyeron que los profesionales en salud, cada vez más están preocupándose y sensibilizándose en el abordaje humanizado de los pacientes con esta enfermedad. Sin embargo, este incremento, solo era de un 0.1% al año, de modo que consideraron como un problema de magnitud nacional, la calidad de vida de los pacientes con Alzheimer en el nosocomio de Antioquía³.

En el Perú, Martínez y Rojas (2015), en su tesis de pregrado presentada en la Universidad Privada Cayetano Heredia, refieren que “la calidad de vida de los pacientes con Alzheimer depende mucho de la participación activa de la familia, más que del profesional de salud”. Esto tras encontrar que el principal factor asociado a la calidad de vida en pacientes con Alzheimer, es la dinámica familiar y la tolerancia de los seres más próximos al paciente⁴.

Sin embargo, Gimero (2016), en su estudio titulado “Nivel de conocimiento de los cuidados y tratos de los familiares de los pacientes con Alzheimer”, sostiene que tan sólo el 4% de las 548 familias tenía un nivel de conocimiento aceptable, de modo que esto también constituye un problema notable para el sostenimiento de la calidad de vida en pacientes con Alzheimer⁵.

Por otro lado, un estudio de similar objeto que el propuesto en la presente investigación, es el de Fernández, Liguera, Sánchez y Pérez, quienes en el año 2010, efectuaron un estudio comparativo para conocer cuál era la diferencia de la calidad de vida de los pacientes con Alzheimer que percibían los enfermeros, de la calidad de vida auto – percibida por los propios pacientes del Instituto Nacional de Salud Mental “Hideyo Noguchi – Honorio Delgado”. Encontraron que la calidad de vida de los pacientes con Alzheimer percibida por los enfermeros, era superior a la calidad de vida que percibían los propios pacientes. Tras ello, la principal conclusión de los investigadores mencionados, fue que el trato y atención que daban los enfermeros a los pacientes no cubría las expectativas de los pacientes. Cabe destacar, que esta investigación sirvió como línea basal para diseñar un programa de monitoreo del trato de los enfermeros a los pacientes con Alzheimer, de la mencionada entidad de salud⁶.

Así, la calidad de vida en los pacientes con Alzheimer, aun siendo ésta en la práctica, un tanto compleja, es sumamente fundamental para ofrecerles tranquilidad y paz a los pacientes en esta condición, de modo que vivan sus días con mucha serenidad, lo que es un factor crítico a la hora de valorar la calidad de vida⁷. Por ello, es necesario un trato, por parte del personal de salud y cuidadores, con esencia humana que cree las condiciones necesarias que predispongan al paciente a gozar de calidad de vida⁸.

Esto sin duda, no concuerda con los lineamientos que propone la OMS para el abordaje y cuidado integral de las personas con algún tipo de demencia⁹. De allí la necesidad de monitorear y valorar constantemente la calidad de vida en pacientes con Alzheimer, entonces, he allí la realidad problemática abordada en el presente trabajo de investigación.

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

GENERAL

- ¿Cuál es la diferencia entre la calidad de vida percibida por los pacientes con Alzheimer, de la percibida por los cuidadores del Centro Asistencial Mis Tatas de Chincha en el 2017?

ESPECÍFICAS

- ¿Cuál es la calidad de vida percibida por los pacientes con Alzheimer del Centro Asistencial Mis Tatas de Chincha en el 2017?
- ¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes con Alzheimer percibida por los cuidadores del Centro Asistencial Mis Tatas de Chincha en el 2017?

C. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

En base a la realidad problemática descrita, se hace necesario comparar la calidad de vida percibida por los pacientes con Alzheimer, de la percibida por sus cuidadores en esta investigación, a fin de sostener un antecedente consistente y en base a la evidencia, para el diseño e implementación futura de programas y planes de trato humanizado para los cuidadores y personas cercanas al paciente, a fin de crear las condiciones necesarias para el desarrollo de la calidad de vida del paciente.

Asimismo, puesto que, los estudios descritos en el apartado “problemática de la investigación” concluyen en la necesidad de estudiar constantemente la calidad de vida en diversas poblaciones específicas, y puesto que estos mismos estudios, han encontrado que los pacientes con Alzheimer tienden a no gozar de calidad de vida, resulta fundamental estudiar esta variable en población chinchana, a fin de dar un alcance de datos actuales a la comunidad académica con respecto a esta temática.

D. VARIABLE

VARIABLE
Calidad de vida

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES
Experiencia subjetiva de bienestar en relación a si mismo y a la adaptabilidad y acomodación en el entorno social.	A mayor puntaje obtenido en la Escala de Calidad de Vida en la enfermedad de Alzheimer (QOL-AD), mayor calidad de vida percibida.	Salud física
		Estado de ánimo
		Energía
		Condiciones de vida
		Memoria
		Familia
		Capacidades funcionales
		Autoconcepto
		Relaciones interpersonales
		Situación económica
Vida en general		

III. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

GENERAL

- Comparar la calidad de vida percibida por los pacientes con Alzheimer de la percibida por los cuidadores del Centro Asistencial Mis Tatas de Chíncha en el 2017.

ESPECÍFICOS

- Determinar la calidad de vida percibida por los pacientes con Alzheimer del Centro Asistencial Mis Tatas de Chíncha en el 2017.
- Determinar la calidad de vida de los pacientes con Alzheimer percibida por los cuidadores del Centro Asistencial Mis Tatas de Chíncha en el 2017.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1. CALIDAD DE VIDA

La esencia conceptual del término bimodal “calidad de vida” guarda sus orígenes en el ocaso de la segunda guerra mundial, en EE.UU; en este tiempo, los investigadores de la época idearon este concepto para hacer referencia a la percepción de las personas con respecto a si se sentían suficientemente cómodas y seguras en el contexto en el que vivían¹⁰.

Así, uno de los primeros conceptos teóricos, es el de Shaw (1977), quien operacionalizaba cuantitativamente la calidad de vida por medio de una ecuación lineal, esta es: $QL=NE \times (H+S)$. En donde, NE representa la dotación natural del individuo, H representa al hogar y familia, S representa a la sociedad. Este modelo fue muy criticado, a razón de que, como es evidente, el autor pretendía cuantificar la percepción, siendo ésta, en efecto, un proceso puramente subjetivo¹¹.

Así es que, años después, Hornquist (1982), hace referencia a la calidad de vida como la satisfacción de necesidades en las dimensiones, física, social y material¹².

Luego, Ferrans (1990) quien definía la calidad de vida como la sensación de bienestar individual en relación con la satisfacción o insatisfacción de las cosas o asuntos que son de significativos para el propio individuo¹³.

Sin embargo, uno de los conceptos de mayor aceptación entre la comunidad académica, es el de Lawton (2001), quien afirma que “la calidad de vida es el producto de una evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales e interpersonales del propio sujeto”¹⁴.

Asimismo, se ha categorizado la calidad de vida con un fin didáctico, es decir, para una mejor comprensión, así pues, las categorías necesarias para la comprensión de la calidad de vida son: condiciones de vida, satisfacción con la vida y valores que emanan de la personalidad del sujeto.

A resumida cuentas entonces, la calidad de vida, es el producto de la evaluación de la experiencia subjetiva de bienestar en relación a si mismo y a la adaptabilidad y acomodación en el entorno social inmediato.

4.1.1. CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR

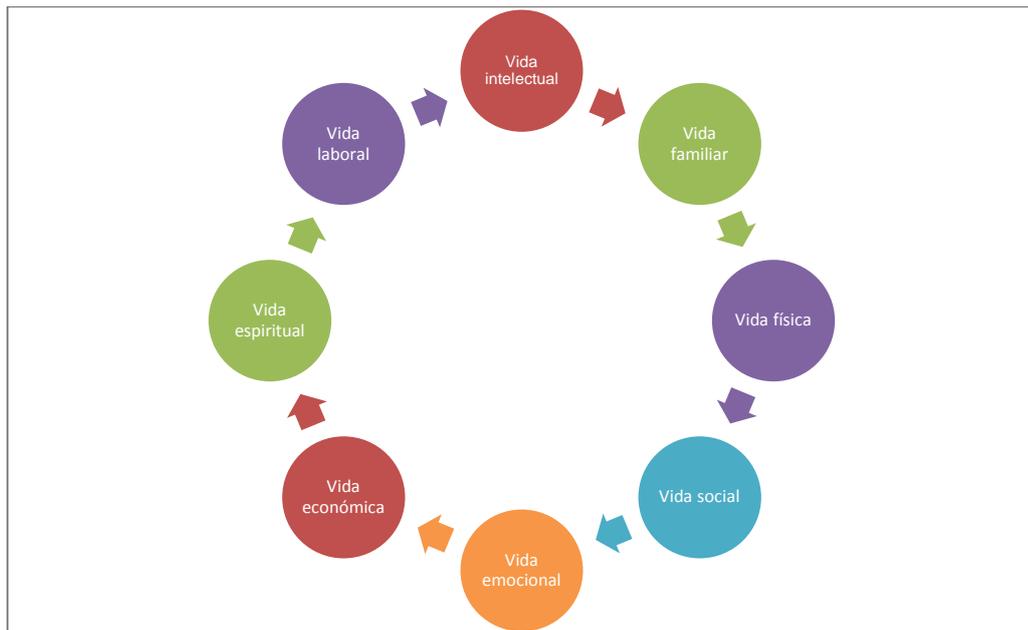
Según Figuera (2009), el adulto mayor es el término con el que se les denomina al grupo etéreo de personas que son mayores a los 60 años de edad¹⁵.

Este grupo etéreo en el Perú, si bien, no es el más grande, tampoco es el más pequeño, así, en el 2016, sólo en Lima, se estimaban 1'130 millones de adultos mayores, de los cuales cuatro de cada diez, aún trabajan¹⁶.

Por otro lado, los adultos mayores experimentan cambios en todos los ámbitos de su desarrollo y constitución humana, por ejemplo, cambios físicos, psicológicos y sociales. Así, dentro de los cambios físicos, es evidente la degeneración de todos los órganos y células del organismo, incluyendo desde la piel, hasta las neuronas. Dentro de los cambios psicológicos, los procesos afectivos se hacen más evidentes. Dentro de los cambios sociales, el anciano reduce considerablemente la interacción social externa, y más bien, se apega más a su familia.

Ahora bien, Reig (1994), propuso ocho esferas para valorar la calidad de vida del anciano¹⁷, siendo éstas:

GRÁFICO N° 01



En líneas generales, la salud física comprende la ausencia de enfermedad y/o dolor, incluso también abarcando la práctica de deporte o actividad física constante. Además, incluye el acceso del sujeto a servicios básicos como la higiene, alimentación saludable, vestido adecuado y hasta incluso domicilio que no represente foco de infección alguno, también el acceso a servicios de atención sanitaria de calidad.

Por otro lado, la salud mental, también es parte de la calidad de vida, primordialmente en base a la ausencia de angustia o estrés, es decir, se precisa de una estabilidad emocional donde primen emociones positivas y conductas asertivas y resilientes.

Desde el ámbito de la socio–interacción, la calidad de vida comprende las relaciones sociales saludables con una red dinámica de apoyo recíproco.

La calidad de vida también está relacionada a la autorrealización personal del sujeto, en cuanto a su nivel educativo y cultural, competencias cognitivas consolidadas, lineamientos de metas para la vida, valores y ética en práctica.

El sentimiento de ser considerado e incluido en actividades sociales y recreativas es uno de los ejes primordiales de la calidad de vida en la población adulta mayor, en vista de que éstos necesitan constante diálogo y escucha.

La predisposición a gozar de calidad de vida, está guiada también por el estrato socio – económico al cual pertenece el sujeto, sea adulto mayor o no. Ya que, una buena condición económica, sin duda, contribuirá a tener más acceso a oportunidades y servicios de calidad en todos los aspectos, de acuerdo a las propias necesidades del mismo.

El adulto mayor, asimismo, debe percibir que sus derechos sean respetados, en cualquier momento y lugar en los cuales pueda existir el riesgo de que éstos sean vulnerados, como abuso sexual, explotación, abandono, abuso emocional, negligencia y maltrato físico.

4.2. EL ALZHEIMER

El Alzheimer es uno de los tipos de demencia por neurodegeneración más representativos del mundo. El cuadro clínico se caracteriza, coloquialmente hablando, por llevar al paciente a vivir en el limbo entre la realidad de su vejez y el olvido de la nada¹⁸.

Esta enfermedad toma su nombre del Dr. Alois Alzheimer, quien en 1906, descubrió cambios en los tejidos del cerebro de una mujer que había muerto de una rara enfermedad mental. Sus síntomas incluían pérdida de la memoria, alteración en el lenguaje y comportamiento inusual. Cuando esta mujer falleció, el Dr. Alzheimer examinó su cerebro y descubrió varias masas anormales y bultos retorcidos de fibras¹⁹.

Otro dato importante es que pueden pasar de 10 a 20 años antes de que algún síntoma sea clínicamente significativo, aunque el paciente puede notar cambios en el rendimiento mnésico inicialmente²⁰.

Por otro lado, esta enfermedad tiene mayor incidencia en el sexo femenino, en una relación con el sexo masculino de 2 a 3²¹.

La explicación neurológica de esta enfermedad, consiste en que, en el encéfalo, los ovillos empiezan a desarrollarse en la parte profunda del cerebro, en una zona llamada corteza entorrinal y las placas se forman en otras zonas. A medida que se van formando más placas y ovillos en zonas particulares del cerebro, las neuronas sanas empiezan a funcionar con menos eficacia. Luego pierden su habilidad de funcionar y comunicarse entre sí, y finalmente mueren. Este perjudicial proceso se propaga a una estructura cercana, llamada el hipocampo, la cual es esencial para el desarrollo de los procesos de la memoria.

Está claro, que el diagnóstico definitivo del Alzheimer se da únicamente cuando la persona fallece, a través del estudio de la masa encefálica, sin embargo, la observación clínica sintomática, ofrece demasiadas pistas para su pronóstico. De hecho, el diagnóstico clínico del Alzheimer en una persona viva, es bastante fiable (90% de confiabilidad)²².

Así, el clínico que explora un caso de posible Alzheimer, deberá comprobar si hay deterioro del lenguaje, percepción y habilidad motriz fina y gruesa. Un indicador sumamente importante, también es la actividad global que presenta el sujeto, es decir, que tanta repercusión tienen los síntomas en su vida cotidiana, si estas le incapacitan y en qué grado²³.

Un punto importante también, es que, en el Alzheimer, se evidencian déficits en los niveles de acetilcolina, neurotransmisor relacionado con los procesos mnésicos, así lo afirma la teoría colinérgica²⁴.

4.3. EL ROL DE LA ENFERMERA EN EL ALZHEIMER

La clasificación de intervenciones en enfermería ofrece una serie de orientaciones prácticas en el cuidado de pacientes con deterioro de la memoria y otras funciones cognitivas relacionadas al Alzheimer²⁵. Algunas de éstas son:

4.3.1. EN RELACIÓN AL RIESGO DE LESIÓN

Para evitar caídas y posibles lesiones físicas, se debe sensibilizar a la familia para que el paciente use bastón, andador o algún otro medio de soporte de movilización. Ubicar las cosas de uso cotidiano lo más próxima posible al paciente. Si en el hogar del paciente hay escaleras, se debe procurar la instalación de barandas y pasamanos.

4.3.2. EN RELACIÓN AL RIESGO DE SÍNDROME DE DESUSO

La profesional enfermera debe concientizar a los familiares del paciente, para que éste, practique algún deporte o actividad física de acuerdo a su estado físico. Además, se debe proporcionar la minimización del roce cuando el paciente se moviliza o cuando está en reposo, además, se debe garantizar la movilidad del paciente al menos cada 45 minutos. También se debe eliminar la humedad en exceso de la piel para evitar posibles cuadros bacterianos y de hongos. Ofrecer al paciente una cama limpia, fresca y ordenada siempre. Además, se debe tener en cuenta un jabón con el pH adecuado y asegurar una nutrición balanceada que cubra las necesidades de vitaminas y proteínas del

organismo del paciente. Evitar el estreñimiento por medio del consumo abundante de líquidos y fibras.

4.3.3. EN RELACIÓN AL DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL

La profesional enfermera deberá informar a los familiares del paciente, que se le debe mostrar interés cuando éste desee ser escuchado, además de mostrar empatía al momento de comprender sus estados anímicos y emocionales. Asimismo, se debe dirigir al paciente con palabras sencillas y frases cortas, considerar el empleo de gestos y señas en caso sea necesario.

4.3.4. EN RELACIÓN AL DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN

Explicar y capacitar al paciente/familia acerca de la naturaleza, prevención y mecanismos de acción frente a posibles complicaciones de deglución. Supervisar al paciente mientras se alimenta y observar si hay signos de fatiga mientras lo realiza, si así fuere, ofrecer al paciente un descanso breve.

4.3.5. EN RELACIÓN A LA CONFUSIÓN CRÓNICA

- Establecer hábitos y rutinas diarias para el paciente.
- Evitar confrontaciones de la familia cerca o en frente del paciente.
- Evitar rotaciones drásticas y constantes de los cuidadores del paciente.
- Decorar la habitación del enfermo con fotos e imágenes familiares.

V. MÉTODOS O PROCEDIMIENTOS

A. TIPO Y DISEÑO

De tipo no experimental, porque no se pretende influenciar la variable de ninguna forma, de corte transeccional, porque la investigación se da en un único momento determinado, con diseño descriptivo-comparativo, porque observa la variable en su ambiente natural y a la vez se compara en dos contextos plenamente diferenciados.

B. INSTRUMENTO

Se efectuó una minuciosa revisión bibliográfica de varios instrumentos que medían calidad de vida en adultos mayores, de todos estos, se consideró emplear la Escala de Calidad de Vida en la enfermedad de Alzheimer (QOL-AD) en su versión española²⁶.

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (QOL-AD).

El nombre original de esta escala es "Quality of Life in Alzheimer Disease", de allí la comprensión de sus siglas QOL – AD. La versión empleada para esta investigación es la versión adaptada al castellano en 2012 por Gómez et. Al. Esta escala está conformada por 2 versiones con 13 ítems cada una, una versión es para el paciente y otra para el cuidador. El instrumento tiene como objetivo valorar la calidad de vida desde la percepción del sujeto, como desde la percepción del cuidador.

En cuanto a su corrección, se asigna de "1" a "4", dependiendo de la respuesta del sujeto o del cuidador, dependiendo de la versión que se esté corrigiendo. Estos puntajes se suman en su totalidad para su interpretación: "a mayor puntaje, mayor calidad de vida percibida".

C. POBLACIÓN

PACIENTES

Al ser sólo 32 los adultos mayores diagnosticados con Alzheimer en el centro asistencial Mis Tatas, no se calculó muestra alguna. De modo que la población participante del estudio la conformaron la totalidad de adultos mayores (n=32).

CUIDADORES

Los cuidadores del centro asistencial Mis Tatas son 20.

D. PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos fueron analizados mediante el software Microsoft Excel, empleando técnicas estadísticas descriptivas de análisis univariado como la media, rango y porcentaje.

Cabe destacar que se tomó en cuenta la media de los puntajes totales obtenidos tras la aplicación de las dos versiones del instrumento, para el proceso de comparación, objetivo de la presente investigación.

VI. RESULTADOS

6.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES

TABLA Nº 01

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	%
Edad (media \pm DE [rango])	83.2 \pm 6.3 (56 - 98)
Sexo	
Masculino	42%
Femenino	58%
Estado civil	
Casado/a, en pareja	38%
Viudo/a	59%
Soltero/a, Divorciado/a	3%
Nivel de estudios	
Sin estudios	27%
Primarios	49%
Secundarios	21%
Universitarios	3%

La tabla Nº 01, muestra que la media de la edad de los participantes del estudio, es de 83.2, asimismo, el rango de la misma, es decir los límites de edad, involucrando al paciente de mayor edad y el de menor edad entre todos, va de 56 (min) y 98 (máx.). Así también, el 42% de los participantes son varones, mientras que 58% son mujeres. En cuanto al estado civil, el 38% de los participantes son casados o están en pareja, el 59% es viudo (a), y tan sólo un 3% está soltero (a) o divorciado (a). Finalmente, en cuanto al nivel de estudios, el 27% de ellos no tiene estudio alguno, el 49% sólo tiene primaria, el 21% de ellos tiene hasta secundaria, mientras que sólo el 3% es universitario.

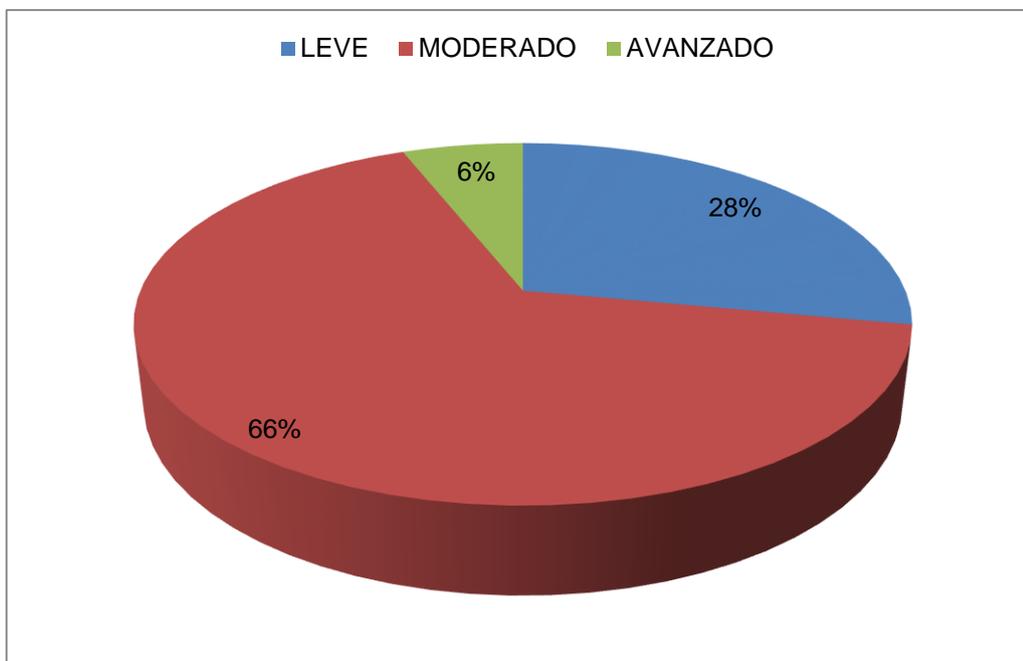
6.2. GRADO DE ALZHEIMER DE LA POBLACIÓN

TABLA N° 02

GRADO DE ALZHEIMER	n	%
Leve	9	28
Moderado	21	66
Avanzado	2	6

En la Tabla N° 02, según la población estudiada, el 28% tienen un grado de Alzheimer leve (n=9), asimismo, el 66% de la población tiene un grado de Alzheimer en nivel moderado (n=21), finalmente, el 6% de la población tiene un grado de Alzheimer avanzado o crónico.

GRÁFICO N° 02



6.3. CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA POR LOS PACIENTES

VERSIÓN DEL INSTRUMENTO	MEDIA	DE	RANGO
QoL-ADp	28.6	6.8	13 – 44

La calidad de vida percibida por los pacientes con Alzheimer del Centro Asistencial Mis Tatas, tras la aplicación del instrumento QoL – ADp, tiene una media de 28.6, con una DE de 6.8. El máximo resultado fue de 44, mientras que el mínimo fue de 13. Lo que da un rango de 13 a 44.

6.4. CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA POR LOS CUIDADORES DE LOS PACIENTES

VERSIÓN DEL INSTRUMENTO	MEDIA	DE	RANGO
QoL-ADc	33.7	6.7	19 – 47

La calidad de vida de los pacientes con Alzheimer percibida por los cuidadores del Centro Asistencial Mis Tatas, tras la aplicación del instrumento QoL – ADc, tiene una media de 33.7, con una DE de 6.7. El máximo resultado fue de 47, mientras que el mínimo fue de 19. Lo que da un rango de 19 a 47.

6.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LAS RESPUESTAS AL QOL – AD.

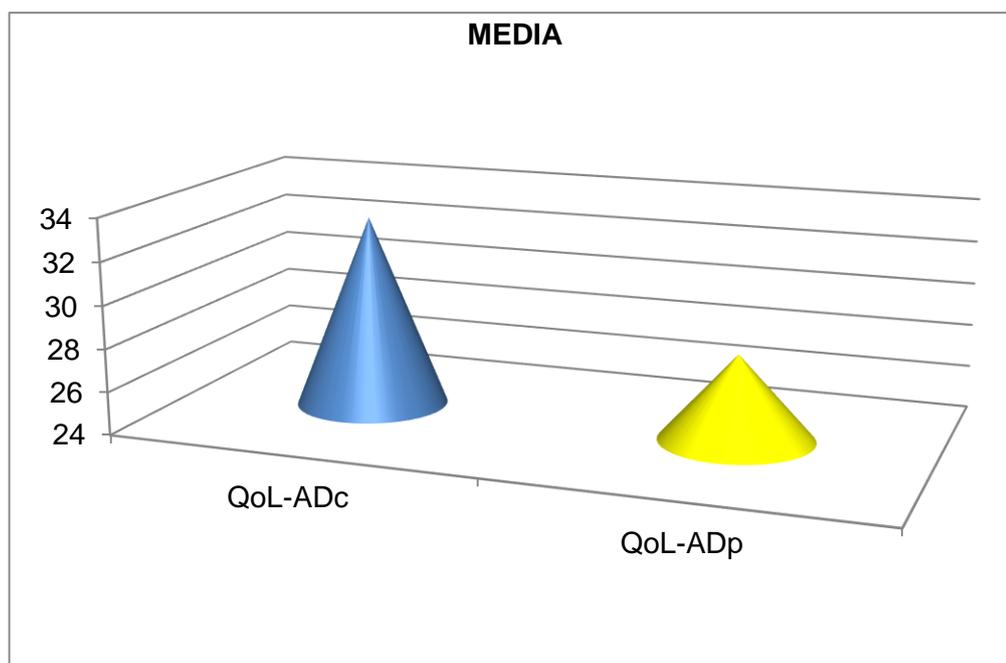
TABLA Nº 03

VERSIÓN DEL INSTRUMENTO	MEDIA	DE	RANGO
QoL-ADc*	33.7	6.7	19 – 47
QoL-ADp**	28.6	6.8	13 – 44

*Escala de Calidad de Vida en la Enfermedad de Alzheimer, versión para el cuidador.

**Escala de Calidad de Vida en la Enfermedad de Alzheimer, versión para el paciente.

GRÁFICO Nº 03



La Tabla N° 03 muestra que la media del puntaje total de respuestas es: en la versión para el cuidador 33.7, mientras que en la versión para el paciente es de 28.6. Trayendo a colación que el manual de interpretación del instrumento dice literalmente: “A mayor puntaje, mayor calidad de vida percibida”. Entonces, los resultados obtenidos se interpretan en el sentido de que los pacientes perciben que tienen menor calidad de vida, que la calidad de vida que perciben los cuidadores en relación a los propios pacientes. Es decir, la calidad de vida percibida por los cuidadores es mayor a la calidad de vida auto percibida por los pacientes.

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

- La investigación cumplió con los objetivos propuestos al comparar la percepción de la calidad de vida de los cuidadores con la calidad de vida autopercebida por los pacientes.
- La concepción teórica “calidad de vida” (CV) se aproxima a la necesidad de formular estrategias de atención sanitaria centradas en el enfoque humanista y en las diferencias personales en base a la tolerancia, respeto y paciencia.
- La calidad de vida percibida por los cuidadores (33.7) es mayor a la calidad de vida auto - percibida por los pacientes (28.6). De modo que se entiende, que los cuidadores piensan que los pacientes que tienen a su cuidado, tienen una mayor calidad de vida, que la que perciben los propios pacientes.
- La investigación sirvió para deslindar controversias en relación a la calidad de vida percibida por los pacientes adultos mayores pacientes de Alzheimer.
- La investigación contribuyó enormemente a la formación profesional en el campo de la investigación de la autora.

B. RECOMENDACIONES

- La calidad de vida en pacientes con Alzheimer requiere ser estudiada con frecuencia, ya que ésta, representa una variable crítica de cumplimiento para una atención en salud de calidad.
- Se recomienda efectuar un estudio explicativo en base a los hallazgos de la presente investigación, la cual encontró que, en la población estudiada, la percepción de los cuidadores sobre la calidad de vida que tienen los pacientes con Alzheimer es superior a la calidad de vida que los propios pacientes auto perciben. De esta forma se podrá profundizar y encontrar las causas del porqué las diferencias en los resultados encontrados en el presente trabajo.
- Si bien es cierto, el Alzheimer es conocida como la enfermedad del olvido, ésta, tras la reflexión obtenida posterior a la investigación de este tema, no debe significar para los profesionales en salud, la enfermedad de los olvidados, por lo cual, se debe focalizar la atención humanizada, para esta población.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Informe Mundial sobre el Alzheimer. Madrid: Alfaguara; 2016.
2. Giannitrapani D, Collins J. Eeg differentiation of alzheimer`s dementia from other dementias. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*. 2004;2(3):164.
3. Valdivia, Miranda, Gutierrez. El Alzheimer en Antioquía; 2013.
4. Martinez, Rojas. *Factores asociados a la calidad de vida en pacientes diagnosticados con Alzheimer*. Tesis de licenciatura Universidad Privada Cayetano Heredia; 2015.
5. Gimero. *Nivel de conocimiento de los cuidados y tratos de los familiares de los pacientes con Alzheimer*. Tesis de maestría Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
6. Fernández K, Rodríguez F. *Calidad de vida en pacientes de Alzheimer*. Tesis de licenciatura. Universidad Autónoma de Madrid; 2014.
7. Lorca J. *La calidad de vida en el Alzheimer: un estudio descriptivo – comparativo*. Tesis de maestría. Universidad Nacional de Trujillo; 2015.
8. Cabezas E. *El Alzheimer: Calidad de vida y sus dimensiones*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
9. OMS. *Lineamientos internacionales para el abordaje integral de las personas con demencia*. Singapur; 2011.
10. Orellana B. La calidad de vida: una revisión teórica. *Enfermería Global* 2015; 10(1): 32 – 33.
11. Shaw JL. *Calidad de vida*. Boston: McGraw; 1977.
12. Hornquist G. *La calidad de vida: una propuesta de modelo*. Berlín: Hunters; 1982.
13. Ferrans M. *La calidad de vida en el contexto actual*. Barcelona: Paidós; 1990.

14. Lawton V. *Un concepto sobre la calidad de vida*. New York: Tea; 2001.
15. Figuera MH. El adulto mayor: una revisión teórica. *Revista de Geriátria* 2009; 62(4): 21 – 23.
16. INEI. *Datos actuales sobre la población peruana por grupos etáreos*. Lima; 2016.
17. Reig H. *Calidad de vida en los adultos mayores: pacientes o no pacientes*. Londres: Richarson; 1994.
18. Miranda L. *La pesadilla del Alzheimer*. Santiago: Morata; 2010.
19. Ballesteros J, Trezeguet K. *Historia del Alzheimer*. Francia: Bonguor; 2001.
20. Vaca J, Martínez K, Conde L. El Alzheimer: Una propuesta para su diagnóstico. *Psiquiatría académica* 2011; 11(1): 58 – 60.
21. Vaca J, Martínez K, Conde L. El Alzheimer: Una propuesta para su diagnóstico. *Psiquiatría académica* 2011; 11(1): 61 – 62.
22. Alberca Serrano R, López-Pousa S. *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Madrid: IM&C; 1998.
23. Asociación Americana de Psiquiatría. *DSM 5*. Londres: American Psychiatric Publishing; 2014.
24. Alberca Serrano R. *Demencias: diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: Masson; 1998.
25. McCloskey J, Bulechek GM. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Madrid: Elsevier; 2008.
26. Gomez M, Gomez J, Gomez J. Adaptación y validación al español de la Escala de Calidad de Vida en la enfermedad de Alzheimer, en su versión para pacientes y en su versión para profesionales. *Neurología* 2012; 27(1): 4-10.

ANEXOS

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN

Dr.

Director de Centro Asistencial Mis Tatas

Estimado Dr: Director del Centro Asistencial Mis Tatas, tenga usted un buen día, quien se dirige a usted es SAMÁN GUTIERREZ, LIZETH MILAGROS, bachiller en Enfermería de la Universidad Autónoma de Ica.

El presente documento radica su esencia en solicitarle su autorización para que me permita realizar una investigación con fines académicos en vista de mi pronta titulación, de modo que me es necesario investigar y redactar una tesis para la obtención de mi título. Así entonces, la investigación que propongo efectuar en su reconocido centro asistencial lleva por título CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ALZHEIMER: PERCEPCIÓN PROPIA Y DE LOS CUIDADORES DEL CENTRO ASISTENCIAL MIS TATAS EN EL 2017.

Conocido es que la calidad de vida en pacientes geriátricos diagnosticados con Alzheimer, es un asunto que requiere constante monitoreo en áreas de una práctica en salud humanizada.

Por lo expuesto, apelo a su gran criterio profesional, y me despido reiterándole mi total admiración hacia su impecable trayectoria.

Atentamente,

Samán Gutierrez, Lizeth Milagros

Bachiller en Enfermería

Universidad Autónoma de Ica