



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO ACADÉMICO:

**“PSICOPATOLOGÍA DEL CUIDADOR DE ADULTOS MAYORES CON
DETERIORO COGNITIVO, EN EL CENTRO GERIÁTRICO NAVAL EN EL
PERIODO MARZO A AGOSTO 2018”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD DE:
ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA**

**PRESENTADO POR:
LIC. NOEMI MAGALLANES BENAVIDES**

**ASESOR:
MG. JERRY ARTURO JORDAN PALOMINO**

CHINCHA-ICA-PERU, 2018

ÍNDICE

ÍNDICE

INTRODUCCION

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	07
1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	08
1.2.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL.....	08
1.2.2 DELIMITACIÓN SOCIAL.....	08
1.2.3 DELIMITACIÓN TEMPORAL.....	08
1.2.4 DELIMITACIÓN CONCEPTUAL.....	08
1.3 PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN.....	09
1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL.....	09
1.3.2 PROBLEMA SECUNDARIO.....	09
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	09
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	09
1.4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	10
1.5 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
1.5.1 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.....	10
1.5.2 LIMITACIONES.....	11

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	12
2.2 BASES TEÓRICAS.....	14

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS GENERAL.....	31
3.2 HIPÓTESIS SECUNDARIA.....	31
3.3 VARIABLES (DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL).....	32

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	33
4.2 MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	33
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.....	33
4.3.1 POBLACIÓN.....	33
4.3.2 MUESTRA.....	33
4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	35
4.4.1 TÉCNICAS E INSTRUMENTO.....	35
4.4.2 FUENTES.....	35

CAPÍTULO V: ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

5.1 RECURSOS (HUMANOS, MATERIALES).....	36
5.2 PRESUPUESTO.....	36
5.3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38

ANEXOS:

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	43
--------------------------------	----

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	46
3. ENCUESTAS.....	47
4. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO.....	50

INTRODUCCIÓN

Debe recordarse que la enfermedad de Alzheimer y las afecciones relacionadas, neurodegenerativas o vasculares, representan una emergencia de salud Pública que concierne a un número significativo de personas menores de 60 años.

La investigación está activa, ya sea en el campo de la Epidemiología, Genética (con la implementación de evidencia reciente de una nueva causa genética de la enfermedad de Alzheimer), Biología (con importantes contribuciones de equipos franceses en la historia natural de lesiones de la enfermedad).

Ella también está presente en la identificación de potenciales terapéuticos, incluida la inhibición de las enzimas secretasa y en investigación con la validación de los primeros marcadores de diagnóstico cognitivo, el desarrollo de software de neuroimagen para la segmentación automática de estructuras parálisis cerebral, o el manejo de trastornos psico-comportamentales. Pero todo ello es llevado de la mano con la evaluación de las personas que tienen a su cuidado a los pacientes con deterioro cognitivo, pues son ellos los que están en contacto directo con estos pacientes y se ven también afectados por la enfermedad de este.

Es por ello que la importancia de este estudio radica en evaluar cómo es que los cuidadores de personas con deterioro cognitivo a causa del Alzheimer se ven afectadas en su quehacer diario, y si es que estas presentan alguna psicopatología.

En primer lugar, se describirá la realidad acerca del Alzheimer y luego se hablará de los cuidadores, se evidenciará como se desarrollará la investigación y todo el tiempo que se invertirá en ella.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.6 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La demencia fue definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un conjunto de signos y síntomas crónicos cuya característica principal es el deterioro cognitivo, y no solo de este, sino también un deterioro emocional y social¹. Entre los principales síntomas se tiene la amnesia, problemas para la comunicación, variaciones anímicas en forma progresiva, incrementados estos con el correr del tiempo.²⁻³

Se conoce de Alzheimer que es una patología degenerativa primaria, con características neurológicas propias y termina siendo la etiología usual de demencia en los adultos mayores.³ la evolución es lenta y continua, y se presenta con el transcurso de años. Se puede presentar a edades un poco más tempranas pero lo usual es la presentación en adultos mayores como se mencionó. Se pueden evidenciar en algunos casos la presencia de antecedentes familiares, siendo su evolución más rápida, lesionando lóbulos cerebral temporales y parietales, causando disfasias o dispraxias. Cuando su inicio es en pacientes más ancianos, su evolución es más lenta, pero se presentan un deterioro general de las funciones superiores.

Cuando se da comienzo al cuadro es una situación muy complicada de precisar, pero por lo general los familiares y amigos suelen mencionar que se presentan súbitamente.

No se ha evidenciado algún dato clínico que lleven a pensar en que esta patología pudiera presentarse a causa de otra enfermedad cerebral.⁴⁻⁵

1.7 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL

El estudio se desarrollará en el centro geriátrico naval Marzo a Agosto 2018.

1.7.2 DELIMITACIÓN SOCIAL

Los adultos mayores y sus cuidadores serán los evaluados en el presente estudio.

1.7.3 DELIMITACIÓN TEMPORAL

Comprenderá el periodo de marzo a agosto del 2018.

1.7.4 DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

La investigación versará acerca de las patologías psicológicas que presentan los cuidadores de adultos mayores que tienen deterioro cognitivo en le centro geriátrico naval.

1.8 PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

1.8.1 PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuáles son las psicopatologías del cuidador de adultos mayores con deterioro cognitivo, en el centro geriátrico naval en el periodo Marzo a agosto del 2018?

1.8.2 PROBLEMA SECUNDARIO

- ¿Cuáles son las características socioeconómicas de los cuidadores de adultos mayores con deterioro cognitivo, en el centro geriátrico naval en el periodo Marzo a agosto del 2018?
- ¿Qué tipo de actitudes tendrá el cuidador de adultos mayores con deterioro cognitivo, en el centro geriátrico naval en el periodo Marzo a agosto del 2018?
- ¿Cuál el objetivo del cuidador de adultos mayores con deterioro cognitivo, en el centro geriátrico naval en el periodo Marzo a agosto del 2018?

1.9 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.9.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer las psicopatologías del cuidador de adultos mayores con deterioro cognitivo, en el centro geriátrico naval en el periodo Marzo a agosto del 2018.

1.9.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Identificar las características socioeconómicas de los cuidadores de adultos mayores con deterioro cognitivo, en el centro geriátrico naval en el periodo Marzo a agosto del 2018.
- Determinar actitudes tendrá el cuidador de adultos mayores con deterioro cognitivo, en el centro geriátrico naval en el periodo Marzo a agosto del 2018.

- Conocer el objetivo del cuidador de adultos mayores con deterioro cognitivo, en el centro geriátrico naval en el periodo Marzo a agosto del 2018.

1.10 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

1.10.1 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

En la actualidad gracias al avance tecnológico ha hecho que las personas vivan más a nivel mundial, y así mismo el aumento de enfermedades degenerativas, entre ellas la diabetes y el Alzheimer, por ello se ha visto la necesidad de evaluar cómo es que los cuidadores de éstos pacientes se ven afectados en su entorno, pues de no hacerlo, se tendrá a estos cuidadores con otras patologías como ansiedad y/o estrés, llegando incluso a la depresión, con las consecuencias finales de no brindar a los pacientes con disminución cognitiva los cuidados necesarios fallando en el tratamiento de los mismos.

La necesidad de estudios de ansiedad y depresión son necesarios por lo antes mencionado, para una vez identificados, se puedan tomar las acciones correctivas necesarias para su tratamiento, mejorando con ello el tratamiento de los pacientes con deterioro cognitivo.

1.10.2 LIMITACIONES

La presente investigación tendrá dificultades para recoger los datos, pues muchas veces el adulto mayor no cooperará para el correcto llenado del instrumento a causa de su propia enfermedad.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Esandi N.⁶ mencionan que la avanzada edad de la población incrementa también la aparición de enfermedades crónico degenerativas entre ellas el deterioro cognitivo, la diabetes, la hipertensión; esto incrementa los gastos en el sector salud de manera sustancial y no solo para los sistemas de salud, sino también para la familia, pues este deterioro cognitivo es una nueva experiencia para la familia, una situación que genera mucha ansiedad y que modifica las actitudes y acciones del grupo familiar. Motivo por el cual el enfoque debe brindarse a toda la familia involucrada y no solo al paciente afectado. Lo que se buscó en el estudio fue buscar integrar los cuidados a la unidad familiar brindando apoyo a sus fortalezas y disminuyendo sus amenazas y debilidades.

La conclusión del estudio fue que, en el deterioro cognitivo, toda la atención se centra en las carencias de la familia dejando de lado sus fortalezas y oportunidades, sin tomar en cuenta lo que ellos como unidad familiar pueden aportar.

Es importante hacer notar que los programas de apoyo a la familia aportan en gran medida para mejorar la situación de la mismas, siempre apoyando de manera positiva para lograr su desarrollo normal

Nosotros como personal de salud debemos tomar en cuenta las necesidades familiares y ayudar a gestionar su propio plan de vida familiar con el nuevo reto que tienen al frente, haciéndolos partícipes de las decisiones clínicas que se deban tomar desde el inicio de la enfermedad hasta etapas más avanzadas de la misma

Vargas-Escobar L.⁷ realizó un estudio familiar del paciente con Alzheimer acerca de la labor de enfermería en el cuidado de pacientes con Alzheimer que constaba en la revisión bibliográfica de diferentes aspectos de la vida de dichos pacientes y como veían afectada su calidad de vida

Dicha revisión se realizó en diferentes plataformas (Sciencie, Pubmed, Scielo, etc.) y se pudieron hacer notar muchos aspectos subjetivos de la calidad de vida del cuidador especialmente el ámbito de psiquis, y son problemas físicos, y sociales.

Se concluyó que la labor de las personas que cuidan a pacientes con deterioro cognitivo influye en su calidad de vida siendo estas personas afectadas de manera subjetiva y objetiva, a su vez que las enfermeras realizan un valioso aporte en la educación y la práctica clínica del cuidado de estos pacientes.

Blythe et al realizó un estudio acerca del personal de enfermería y de los conocimientos que estas tienen sobre los cuidados a los pacientes con deterioro cognitivo y como es que estos cuidados mejoran la calidad de vida de dichos pacientes. De igual manera realizó una revisión de información en diversas bases datos.

Al revisar los 37 documentos se concluyó las enfermeras son señaladas como un aliado importante en el cuidado de los pacientes con deterioro cognitivo, pero que muchas veces su accionar se ve limitado por las condiciones bajo las cuales tiene que desempeñar su labor y su quehacer diario.

Jimenez A. estudio a las intervenciones de enfermería en base a la NANDA, y si los criterios mencionados son usados en el cuidado de los pacientes con deterioro cognitivo, para así evidenciar que dicho manual

es aplicado correctamente para desarrollar planes de cuidado de los pacientes mencionados.

Conforme avanza la enfermedad se busca dar confort a los pacientes, esto siempre buscando el apoyo familiar al lado del personal de enfermería, en etapas avanzadas el enfoque que se dará es más bien complejo pues se verán integradas el área física y emocional para una atención adecuada en el hogar o en alguna institución de salud que como bien sabemos en muchos casos dichos cuidados se brindarán por un largo tiempo.

2.2 BASES TEÓRICAS

La connotación negativa del envejecimiento es directamente percepción "pesimista" de "dependencia".

La palabra dependencia de los ancianos, estado de incapacidad que a veces se observa a edades avanzadas o la necesidad de persona mayor a la que un tercero debe ayudar a realizar los actos de la vida cotidiana (vestirse, bañarse, ir al baño, moverse de la cama a la silla, controlar esfínteres, alimentándose ellos mismos): muy aproximadamente, estas son las funciones de la vida diariamente que ahora se miden con la grilla AGGIR8 permitiendo para asignar el subsidio de pérdida de autonomía de APA creado en 2002.

El término dependencia, que no tiene equivalente en otros países, lleva una representación cuádruple:

- El de un estado de déficit no compensable. Pero la pérdida de autonomía a veces se observa a edades más avanzadas, como la discapacidad, una interacción entre personas que tienen limitaciones

funcionales, ellos mismos debido a deficiencias o alteraciones de estado de salud y un entorno; dependencia de los ancianos, la discapacidad puede ser parcialmente compensada por contribuciones humano, técnico o ambiental;

- El de un estado definitivo. Pero la adicción, si puede tener un proceso brutal, también es un proceso progresivo. El término "dependencia" oscurece la capacidad de reducirlo o prevenir su aparición por política de prevención primaria (todos los medios para prevenir aparición de un trastorno o patología), secundaria (detección enfermedad) o terciario (evitar complicaciones y degradación relacionada con una discapacidad) la de una carga para los demás, en oposición a la autonomía a la que debería poder reclamar a cualquier "persona normal". Esta última la connotación se puede leer como un falso sentido "real". interdependencia individuos en la sociedad es constitutivo del vínculo social y el solidarité¹⁰: los ancianos, como los demás, son los beneficiarios; - finalmente, el de una visión segregable que hace que las personas mayores "Una categoría separada", mientras que no hay un motivo médico "en tratar una enfermedad incapacitante de manera diferente (consecuencias de apoplejía), si ocurre a los 59 años de edad (discapacidad) o edad 61 (campo de edad avanzada)".

Debido a esta visión deficitaria vinculada a la del envejecimiento, la pérdida la autonomía de los ancianos no es anticipada por los franceses porque vivió como un "riesgo grave", además distante, con su procesión de representaciones negativas (hospicios, imágenes de "viejos" seniles, etc.).

La sustitución del término pérdida de autonomía al final de la dependencia no es completamente satisfactorio: podría conducir a una

falsa igualdad entre pérdidas de autonomía y la capacidad de decidir por uno mismo.

Se considera que casi el 10% de adultos mayores presenta enfermedad de Alzheimer, causante de las tres cuartas partes de todas las demencias seniles y el resto son debidas a otros tipos de patologías.¹¹

La edad avanzada de los pacientes es la causa principal del nuevo grupo de enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles y se presentaran en países en vías de desarrollo¹²⁻¹⁴.

No se han reportado cifras exactas de la demencia en nuestro país , pero los pocos estudios han revelado que en el 2008 esta enfermedad tuvo una tasa de prevalencia de casi 7% y la causa principal fue la Enfermedad de Alzheimer.¹⁵

Entre los motivos de discapacidad a nivel mundial se tiene que la demencia es una de las más importantes causas, y se ha determinado mas del 50% de personas que la padecen requieren cuidados especiales.¹⁶

Atención de la demencia

La demencia es una enfermedad que más cuidados requiere. Es por ello que es muy relevante centrar el cuidado no solo en las personas que la padecen, sino también en su medio familiar y en aquellas personas que realizan una labor directa con los pacientes, siendo los países en vías de desarrollo donde se ven más afectadas los círculos donde se desenvuelven estos pacientes.¹⁷

Muchas veces los principales cuidadores son la pareja del afectado siendo las mujeres las que realizan más cuidados que los hombres, y se ha visto también que en hogares con mayor número de miembros, la labor del cuidador está dividida entre diferentes miembros de la familia, lo que resulta un alivio para los cuidadores al ser la responsabilidad compartida, estos no se saturan. ¹⁸

Conforme avanza la enfermedad, la necesidad de apoyo aumenta, en primer momento para actividades del quehacer diario, luego hacia el cuidado personal, llegando finalmente hasta una permanente observación. La forma y la cantidad de cuidados varían considerablemente de acuerdo al grado de afectación de las personas y está supeditado a muchos factores. ¹⁹

En Latinoamérica los cuidados están derivados por lo general en un miembro de la familia, lo que repercute en una afectación de la economía familiar a causa del costo de las medicinas, así como la reducción de horas de trabajo y la salud psíquica de los cuidadores, teniendo como consecuencia final cuadros depresivos y/o ansiosos. ²⁰

Es por ello que se ha visto necesario evaluar las condiciones de salud del cuidador, pues son un recurso valioso para la atención crónica de las personas afectadas con demencia.

El quehacer del cuidador radica en la atención a paciente dejando de lado muchas veces sus actividades propias, su socialización o su desarrollo personal. Considerando su vez que si abandonara sus labores de cuidador, tendría sentimientos de culpabilidad y ansiedad. Esto es el llamado Síndrome de vaciamiento emocional que necesita la ayuda psicológica de especialistas. ²¹⁻²²

La enfermedad de Alzheimer asocia trastornos predominantes de memoria, trastornos cognitivos y / o comportamiento con repercusiones en la vida pacientes todos los días Esta demencia está asociada con dos tipos de lesiones: placas seniles y ovillos neurofibrilares Si las lesiones se desarrollan lo suficientemente temprano en la vida, la enfermedad no generalmente solo tarde, con la edad como el principal factor de riesgo.

Ella es a veces asociada con factores de riesgo identificados como ApoE4 y un bajo nivel cultural. En algunos casos raros (1% de los casos), la enfermedad aparece temprano, antes de los 50 años, en sujetos portadores de mutaciones genéticas familiares.

Las personas que realizan el cuidado tiene que enfrentar situaciones estresantes no solo a causa de su paciente sino problemas más emocionales relacionados directamente a su paciente. Todo ello conlleva a un elevado grado de estrés y ansiedad que se debe tener en cuenta para evitar algún daño a su personalidad.²³⁻²⁴

La persona que realiza el cuidado puede tolerar al inicio de la enfermedad, el problema se presenta cuando la enfermedad progresa y el paciente desarrollo síntomas más complejos de tipo psiquiátrico (alucinaciones, irritabilidad, delirios, etc.) es en ese momento cuando la salud del mental del cuidador se ve afectada pudiendo desarrollar sentimientos negativos frente a los pacientes que tiene a cargo.²⁵

En el 2004 Shultz desarrollo un modelo sobre las condiciones estresantes de personas que tienen a su cargo a personas con

demencia, muchos de estos son generados por el grado de dependencia de su paciente, al igual que por la interrelación que tiene este cuidador con otros miembros de la familia quienes según el, no están inmersos en los aspectos relevantes de la enfermedad de su paciente y las responsabilidades no son compartidas.

Los cuidados se hacen cada vez mayores conforme transcurre el tiempo, por lo que se necesita mayor grado de apoyo hogareño tanto económico como social.

La situación genera que los cuidados se centren en el paciente dejando de lado al cuidador que puede desarrollar cuadros de ansiedad y depresión con el consiguiente deterioro de su salud física y mental

Las mujeres presentan ansiedad y depresión en mayor medida y están menos satisfechas con las condiciones de vida que desarrollan. Estas mujeres tienen mayor probabilidad de desarrollar algún problema afectivo incluso después del fallecimiento del paciente que tenían a cargo.

Los encargados del cuidado de pacientes con demencia presentan mayores déficits en su salud que aquellos que no realizan el cuidado. Sufren de problemas metabólicos, problemas inmunológicos usa medicamentos y presentan mayor deterioro.

El cuidado de otras personas puede ser muy gratificante por los vínculos emocionales que se generan, para otros la forma de llevar es tomarlo como un deber o una obligación.

Actualmente, el 40% de los pacientes son atendidos en una institución, lo que significa que el 60% de los pacientes Los sujetos afectados son responsabilidad de las familias. El gasto promedio para el cuidado de un paciente es de € 22,000 al año, un cargo anual de € 10 billones (la mitad para el estado y la mitad para las familias) que se divide en el 75% de los gastos médico sociales y el 25% de los gastos médica.

Actualmente, estos gastos ascienden al 0,6% del PIB, pero aumentarán al 0,8% en 2020 y 1.8% en 2040. La atención de las personas con demencia representará, si la tendencia actual continúa, el 7% de los gastos de salud.

El progreso realizado en los últimos quince años ha cambiado radicalmente la percepción de la enfermedad de Alzheimer y la investigación deben ser apoyados en dos ejes principales:

Diagnóstico temprano

Una simulación ha demostrado que si logramos retroceder, en solo cinco años, el comienzo de la enfermedad, los afectados podrían reducirse en un 50%. Diagnóstico temprano permite a los pacientes inscribirse en un sistema de atención apropiado y ofrecer tratamiento.

Una de las principales apuestas de la investigación sobre la enfermedad de Alzheimer es el descubrimiento de marcadores predictivos de la ocurrencia de la enfermedad que son confiables y que permiten diagnosticar tan pronto como sea posible, antes de la pérdida de autonomía que define la etapa de la demencia.

La investigación

Estos marcadores combinan biología, neuropsicología y neuroimágenes.

Tratamientos

Las perspectivas de tratamiento consideran la prevención de ciertas situaciones de riesgo y en el descubrimiento de moléculas capaces de bloquear o incluso prevenir cascadas patológicas llevando a la producción de lesiones y finalmente a la demencia. El primer ensayo clínico la inmunización contra A β amiloide dio resultados prometedores. Se están explorando otras líneas de investigación.

Avances en la fisiopatología de la demencia y el desarrollo de tratamientos, ciertamente imperfectos, pero que innegablemente benefician a ciertos pacientes, están cambiando radicalmente la percepción de la sociedad y, en primer lugar, de los médicos frente a la demencia.

Finalmente, la medicina puede actuar y ofrecer un apoyo real para la afección que, si se diagnostica temprano, ya puede ralentizarse y mañana, es una esperanza concebible, pueda ser detenida en su evolución. Progreso en la asistencia han llevado a estabilizar el curso de la enfermedad durante un año en algunos pacientes. Este resultado puede parecer modesto, pero el mero hecho de retrasar el inicio de la y puede reducir la prevalencia del 7% en 10 años, para Francia, una disminución de 60 000 casos

Por lo tanto, si, por supuesto, el apoyo médico y social sigue siendo esencial y toma una parte creciente, no lo hace sin duda, el progreso en

la lucha contra la demencia provendrá de la investigación básica y terapéutica que actualmente tiene medios claramente insuficientes para enfrentar el desafío médico y económico de estas enfermedades neurodegenerativas.

La neuropsicología juega un papel importante en diagnóstico al menos la probabilidad de la enfermedad de Alzheimer y permite aclarar en un tema las perturbaciones específicas, sino también las capacidades preservadas. El examen neuropsicológico que construye en varios métodos tiene como objetivo controlar el declive de trastornos cognitivos y característicos.

Herramientas psicométricas: detectan una pérdida global de rendimiento intelectual. Usan pruebas estandarizadas y más recientemente a pruebas para evaluar en un mínimo de tiempo un conjunto de funciones cognitivas, como el MMS (Mini estado mental) que es simple, rápido y universal. Los resultados están correlacionados con baterías de evaluación más pesadas, la escala Mattis, ADAS (escala de evaluación de la enfermedad de Alzheimer) o la batería de evaluación cognitiva (BEC96)

Enfoques cognitivos: permiten explorar de forma detallada las funciones cognitivas preservado o alterado de otra manera en pacientes con síndrome de demencia temprana. Ellos llaman a pruebas desarrolladas a partir de modelos cognitivos de procesamiento de información. Ellos traen información sobre la naturaleza de la disfunción y la ubicación de los déficits, información que contribuir al diagnóstico.

Estos enfoques se refieren principalmente a la memoria, incluida la evaluación clínica. Los problemas de memoria son a menudo asociado

con disturbios de orientación temporal y espacial. En el campo de los trastornos de la memoria, la investigación se centra en las perturbaciones de la memoria episódica que se refiere a la capacidad de registrar y recordar información específica de a partir de índices espaciales y temporales relacionados con la adquisición. Este componente de la memoria hace que a menudo la mayoría de las quejas de los pacientes o su entorno en la etapa previa a la demencia.

Los problemas de esta forma de memoria es la primera en aparecer y ocurre en una etapa donde las lesiones neuropatológicas son de bajo nivel de ruido, lo que facilita el análisis.

Estas perturbaciones son parte del de un modelo anatomo-funcional coherente y bien definido, el de la atrofia de las estructuras temporales interno y frontal, podría ser la base de un marcador de diagnóstico muy temprano. La prueba de Grober y Buschke (1987) se usa convencionalmente para evaluar la memoria episódica. Consiste en memorizar 16 palabras pertenecientes a 16 categorías semánticas diferentes.

Permite evaluar el rendimiento del tema en recuerdo libre, en recuerdo facilitado por la presentación de índices (recuerdo suscrito) y en reconocimiento de una palabra previamente codificada. Esta prueba distingue los problemas relacionados con la codificación (aprendizaje) de aquellos relacionados con el almacenamiento o la recuperación. Además, ciertas perturbaciones constituyen Índices que distinguen entre la enfermedad de Alzheimer y el envejecimiento normal o otras afecciones neurodegenerativas. Diferentes pruebas permiten explorar otras formas de memoria como memoria semántica, memoria autobiográfica y memoria de trabajo.

La memoria no es el único trastorno cognitivo visto en la enfermedad de Alzheimer. Al principio de la enfermedad, trastornos del lenguaje escritos y orales a veces son lo suficientemente marcados para contribuir forma útil para el diagnóstico. Los trastornos de la función ejecutiva que se refieren a la planificación, pensamiento abstracto, el juicio aparece temprano, pero no están presentes de una manera sistemática. La evaluación de estas funciones ejecutivas es importante porque tienen un impacto importante en la autonomía del sujeto y la capacidad de realizar los actos de la vida cotidiana.

Las apraxias, es decir, la pérdida de la capacidad para usar objetos y realizar gestos, generalmente ocurren después de los problemas de memoria y lenguaje.

La progresión de los déficits cognitivos se correlaciona con anomalías morfológicas y metabólicas resaltado por neuroimágenes. Es predecible que los avances en neuroimágenes, particularmente imágenes metabólicas y funcionales asociarán déficits cognitivos y redes funcionales de neuronas.

Los síntomas conductuales y psicológicos son una de las principales manifestaciones de Enfermedad de Alzheimer. Asociado a los trastornos cognitivos, se encuentran a lo largo de la evolución de la enfermedad y contribuir a la pérdida de autonomía del paciente.

Estos síntomas incluyen apatía (falta de motivación, interés y emociones), depresión, ansiedad, trastornos del sueño e identificación, agitación, delirios y alucinaciones (experiencias sensoriales sin percepción). Seguimiento la cohorte francesa PHRC-REAL que cubre

más de 500 sujetos que padecen la enfermedad de Alzheimer encontrado en 84% de sujetos con enfermedad leve a moderada y 92.5% pacientes con enfermedad severa.

Estas frecuencias se encontraron en otras cohortes estudió en Europa y los Estados Unidos. Los síntomas del comportamiento también son comunes en los primeros días de la enfermedad de Alzheimer en una etapa de pre-demencia. En particular, la apatía y la depresión observadas en más del 30% sujetos con deterioro cognitivo leve (DCL). BPSDs son los primeros síntomas de demencia frontotemporal (FTD). Las alucinaciones visuales son comunes en la demencia del cuerpo de Lewy.

Cuidador Familiar

Cuando una persona cuida a otra, involucra una serie de situaciones buscando el bienestar del afectado brindao siempre respeto amor y cariño hacia el.

Conforme se incrementa la esperanza de vida, el cuidado familiar también lo hace sobretodo este ha recaído en las mujeres, el hecho de estar al tanto de la persona afectada, y velar por ella es muy importante.

La persona encargada del cuidado es el apoyo principal para los enfermos con deterioro cognitivo y son el enlace de este con la comunidad en que se desarrolla. El manejo que se dé a estos aspectos es importante para que el enfermo no se sienta vulnerable ante su situación.³³

Se debe dedicar mucho esfuerzo en el cuidado de las personas enfermas con deterioro cognitivo, para que estas puedan desarrollar sus actividades del quehacer diario, buscando que estas se adapten a su condición.

Los cuidadores asumen poco a poco su condición para apoyar al paciente a cubrir sus necesidades y requerimientos.

Existe un compromiso para con el enfermo pues involucra paciencia y tiempo para las actividades de la vida diaria con el paciente y los encargados del cuidado pueden verse afectados en su estado de bienestar físico mental y social por dichos cambios.

El encargado del cuidado es quien se hace cargo de la persona que padece a enfermedad crónica-degenerativa.

En la presente investigación el encargado del cuidado está definido como la persona que es la responsable de brindar las atenciones a un ser querido que padece de deterioro cognitivo.

El hecho de realizar el cuidado de personas con deterioro cognitivo implica variación en diversas actividades familiares y sociales que deben ser reconocidas por los demás miembros de la familia, no dejando de lado la salud de este cuidador colectivos.

Cuando nos referimos a cuidados, hablamos de actitudes positivas que se realizan para unomismo o para los miembros de una familia para mantener un estado de equilibrio de la misma.

Siempre el primer paso para realizar el cuidado es identificar adecuadamente sus problemas de salud.

El personal de enfermería debe buscar la manera de mejorar las condiciones de vida de las personas que tienen bajo su cuidado, no solo pensando en dichas personas, sino también en el entorno familiar en el que se desenvuelven, pensando que cualquier actitud que pueden tomar ellas, repercutirá también en el ambiente familiar de los pacientes.

Cuando se habla de cuidar se refiere a la identificación adecuada de problemas y establece un plan de acción frente a ellos. Dicho plan de acción debe estar enfocado en brindar las mejores condiciones de vida según sea el caso y de acuerdo siempre a las necesidades propias de cada paciente.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS GENERAL

Existen las psicopatologías del cuidador de adultos mayores con deterioro cognitivo, en el centro geriátrico naval en el periodo Marzo a agosto del 2018.

4.2 HIPÓTESIS SECUNDARIA

- Las características socioeconómicas de los cuidadores de adultos mayores con deterioro cognitivo, son importantes en la toma de decisiones en el centro geriátrico naval en el periodo Marzo a agosto del 2018.
- La actitud tendrá el cuidador de adultos mayores con deterioro cognitivo, mejoran la calidad de vida en el centro geriátrico naval en el periodo Marzo a agosto del 2018.
- El objetivo del cuidador de adultos mayores con deterioro cognitivo, es mejorar la calidad de vida en el centro geriátrico naval en el periodo Marzo a agosto del 2018.

4.3 VARIABLES (DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL)

- Variable 1: Psicopatologías
- Variable 2: Pacientes con deterioro cognitivo.

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.5 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Estudio de tipo descriptivo porque evalúa las características de los cuidadores sin intervenir en ellas, transversal porque las evalúa en un solo momento.

4.6 MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Planificación:

- Se buscará las fuentes de información para sustentar la investigación, luego se limitará la investigación y se aplicará el instrumento y tabulación de los datos.

4.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

4.7.1 POBLACIÓN

La población de estudio serán los cuidadores de adultos mayores con deterioro cognitivo geriátrico naval en el periodo Marzo a agosto del 2018.

4.7.2 MUESTRA

La muestra se obtuvo con el uso de fórmula para poblaciones finitas tal según se muestra:

CONSIDERANDO EL UNIVERSO FINITO

FORMULA DE CALCULO

$$n = \frac{Z^2 * N * p * q}{e^2 * (N-1) + (Z^2 * p * q)}$$

Donde:

- Z = nivel de confianza (correspondiente con tabla de valores de Z)
- p = Porcentaje de la población que tiene el atributo deseado
- q = Porcentaje de la población que no tiene el atributo deseado = 1-p
- Nota: cuando no hay indicación de la población que posee o nó el atributo, se asume 50% para p y 50% para q
- N = Tamaño del universo (Se conoce puesto que es finito)
- e = Error de estimación máximo aceptado
- n = Tamaño de la muestra

N : 134 (población)

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (134)}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.25)}{0.0025}$$

$$n = \frac{0.9609}{0.0025}$$

n = 51

El presente estudio tendrá como muestra a 51 cuidadores de adultos mayores con deterioro cognitivo del centro geriátrico naval en el periodo Marzo a agosto del 2018.

4.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

4.8.1 TÉCNICAS E INSTRUMENTO

Se realizará una aplicación de encuestas a los cuidadores cuando estos lleguen al centro geriátrico naval.

Se utilizará el instrumento de la encuesta.

4.8.2 FUENTES

Se realizará el uso de la fuente primaria, la que consiste en la entrevista aplicada a los cuidadores en los pacientes con Alzheimer en los adultos mayores del centro geriátrico naval en el periodo de enero a julio del 2017.

CAPÍTULO V: ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

5.4 RECURSOS (HUMANOS, MATERIALES)

Se contará con el apoyo de un asesor y de un investigador principal.

5.5 PRESUPUESTO

Personal.

Recursos Humanos	Cantidad	Duración	Costo/mes	Costo Total S/.
Asesor principal	01	03 meses	450.00	1350.00
Investigador Responsable	01	03 meses	1100.00	3300.00
Co asesores	01	01 meses	150.00	150.00
Total				4800.00

Bienes.

Descripción	Cantidad	Unidad	Costo Unitario	Costo Total S/.
Papel Bond 80 g.	02	Millar	25.00	50.00
Tinta impresora	04	Frasco	50.00	200.00
Lapiceros	10	Unidad	1.0	10.00
Lápiz	10	Unidad	1.0	10.00
Plumón para pizarra acrílica	01	Paquete	25.00	25.00
Total				295.00

Servicios.

Servicios	Costo Total S/.
Fotocopia	300.00
Internet	200.00
Empastado	250.00
Otros (Pasaje, etc.)	400.00
Total	1150.00

Costo Total: 6245.00 Nuevos Soles.

5.6 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	2018					
	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO
Elaboración del Proyecto	X					
Aprobación del proyecto		X				
Validación de instrumento		X				
Recolección de Datos			X			
Procesamiento de Datos				X		
Análisis de Datos				X	X	
Elaboración del Informe final					X	
Aprobación del informe					X	X
Sustentación						X

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Enfermedad de Alzheimer. (2009). Disponible en Internet: <http://www.ceafa.es/files/pdfs/4ab8fa616f.pdf>
2. Álvarez B., Rodríguez E. (2004). Comparación de la calidad de vida de cuidadores familiares de personas que viven con VIH/DIDA. Rev. Avanc., De Enf.. Jul.-Dic., 2004, vol. 22 no. 2.
3. Asociación de Alzheimer. (2010). Disponible en Internet: http://www.alz.org/documents_custom/report_alzfactsfigures2010.pdf
4. Badial X. y col. (2004). Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. Soc. Esp. De Fam.Vol. 34 N 4.
5. Pinto N., Barrera L., Sanchez B. (2010). El enfermo crónico y su cuidador familiar. Ed. Universidad Nacional de Colombia.
6. Nuria E., Canga A. (2015). Enfoque sistémico familiar: un marco para la atención profesional en la enfermedad de Alzheimer. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016001100006&lng=es.
7. Vargas L.(2012). Aporte de enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer. Chia. Vol 12 N° 1 Año 12. pag 63-75.

8. Tesis de grado. (2015). Carmen María García Martínez Presentación do traballo Escola Universitaria De Enfermaría A Coruña Universidad Da Coruña. 2015.
9. Jiménez A. (2014). Ensayo de la aplicación de los diagnósticos enfermeros de la NANDA. *Enf Neu.* Vol. 13, Núm. 3, pp 147-152.
10. Barrera L, Pinto N., Sanchez B. (2007). Red de investigadores en: Cuidando a cuidadores de pacientes crónicos. *AQUICHAN.* Vol. 7, N (2).
11. Barrera L. y col. (2006). Habilidad de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Aquichn.* vol. 6 N(1).
12. Beltran J. (2008). Calidad de vida en cuidadores de enfermos asmáticos: un estudio comparativo. *Rev. Psicol y Sal.* Vol. 18 N(2).
13. Burns N. *Investigación en enfermería.* (2004). 3a. ed. Ed. Elsevier. Pag 555.
14. Cacabelos R., *Enfermedad de Alzheimer.* (2001). *Rev. Col.* Vol. 30 N(3).

15. Cardona D., Agudelo H. (2006). Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. Rev.Biom. Vol. 26 N(2).
16. Casas M. (2008). Necesidades de familiares para atención de pacientes terminales.
17. Castellón, A. Romero V. (2004). Autopercepción de la calidad de vida. Rev. Mult.geront. vol. 14.
18. Dwyer. (1998). Satisfacción y estrés en cuidadores. An. Psic Vol. 14. N(2).
19. Escobar C. (2007). Tesis Calidad de vida de un grupo de cuidadores familiares de adultos con cáncer. Univ. Nac Col.
20. Merino, S. (2003). Tesis Calidad de vida de los cuidadores familiares que cuidan niños en situación de enfermedad crónica, en el hospital nacional de niños Benjamin Blom. Univ. Nac. Col.
21. Ferrell, B y col. (2010). Calidad de vida en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. Disponible en: <http://www.informaworld.com/smpp/title~content=t792306912>.
22. Maroto, G.(2014) El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Rev. Gac. San. Vol. 18, sup. 2.

23. Garduño, L. Calidad de vida y bienestar subjetivo en México. Ed.Plaza. 2005.
24. Gil, M. y col. (2009). El rol del Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. Rev. Clin. Med. Fam. Vol. 2 N(7).
25. Giraldo, C. Franco G. (2006). Calidad de vida de los cuidadores familiares. Aquichn. Vol. 6 N(1).

ANEXOS

1. Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	TEC. INSTRU	POBLACION Y MUESTRA
<p>Principal:</p> <p>¿Cuáles son las psicopatologías del cuidador de adultos mayores con deterioro cognitivo, en el centro geriátrico naval en el periodo Marzo a Agosto del 2018?</p> <p>Secundario:</p> <p>•¿Cuáles son las características socioeconómicas de los cuidadores de adultos mayores</p>	<p>General:</p> <p>Conocer las psicopatologías del cuidador de adultos mayores con deterioro cognitivo, en el centro geriátrico naval en el periodo Marzo a Agosto del 2018..</p> <p>Específicos:</p> <p>•Identificar las características socioeconómicas de los cuidadores de adultos mayores</p>	<p>Principal:</p> <p>Existen las psicopatologías del cuidador de adultos mayores con deterioro cognitivo, en el centro geriátrico naval en el periodo Marzo a Agosto del 2018.</p> <p>Secundarias:</p> <p>•Las características socioeconómicas de los cuidadores de adultos mayores con deterioro</p>	<p>Psicopatologías</p> <p>Pacientes con deterioro cognitivo</p>	<p>Técnicas e instrumentos de recolección de datos:</p> <p>Encuesta</p>	<p>Población en estudio:</p> <p>La población de estudio serán los cuidadores de adultos mayores con deterioro cognitivo geriátrico naval en el periodo Marzo a Agosto del 2018.</p> <p>Muestra de estudio:</p> <p>El presente estudio tendrá como muestra a 51 cuidadores de adultos</p>

<p>con deterioro cognitivo, en el centro geriátrico naval en el periodo Marzo a Agosto del 2018?</p> <p>•¿Qué tipo de actitudes tendrá el cuidador de adultos mayores con deterioro cognitivo, en el centro geriátrico naval en el periodo Marzo a Agosto del 2018?</p> <p>•¿Cuál el objetivo del cuidador de adultos mayores</p>	<p>con deterioro cognitivo, en el centro geriátrico naval en el periodo Marzo a Agosto del 2018.</p> <p>•Determinar actitudes tendrá el cuidador de adultos mayores con deterioro cognitivo, en el centro geriátrico naval en el periodo Marzo a Agosto del 2018.</p> <p>•Conocer el objetivo del cuidador de adultos mayores con deterioro cognitivo, en el</p>	<p>cognitivo, son importantes en la toma de decisiones en el centro geriátrico naval en el periodo Marzo a Agosto del 2018.</p> <p>•Las actitudes tendrá el cuidador de adultos mayores con deterioro cognitivo, mejoran la calidad de vida en el centro geriátrico naval en el periodo Marzo a Agosto del 2018.</p>			<p>mayores con deterioro cognitivo del centro geriátrico naval en el periodo Marzo a Agosto del 2018.</p>
---	--	--	--	--	---

con deterioro cognitivo, en el centro geriátrico naval en el periodo Marzo a Agosto del 2018?	centro geriátrico naval en el periodo Marzo a Agosto del 2018.	•El objetivo del cuidador de adultos mayores con deterioro cognitivo, es mejorar la calidad de vida en el centro geriátrico naval en el periodo Marzo a agosto del 2018.			
---	--	--	--	--	--

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, identificado con DNI N°, en pleno uso de mis facultades mentales me comprometo a participar del estudio de "PSICOPATOLOGÍA DEL CUIDADOR DE ADULTOS MAYORES CON DETERIORO COGNITIVO, EN EL CENTRO GERIÁTRICO NAVAL EN EL PERIODO MARZO A AGOSTO 2018" y declaro:

Haber sido informado de forma clara y precisa sobre el test a realizarme y la ficha a llenarse, sabiendo que este estudio tiene fines de investigación médica.

Estando de acuerdo una vez leído los documentos, de responder las preguntas.

Teniendo a mi favor el derecho de retirar mi participación durante el transcurso de la entrevista.

Fecha: / /

.....
Firma del cuidador

.....
Huella digital del cuidador

3. ENCUESTA



Número de historia clínica paciente:

Datos del cuidador principal

1. Edad: _____

2. Género: _____

3. Dirección: _____

4. Escolaridad (nivel): _____

5. Estado Civil:

- a) Casado
- b) Soltero
- c) Divorciado
- d) Viudo

6. Ocupación

- a) Ama de Casa
- b) Comerciante
- c) Profesionista
- d) Otros (especifique) _____

7. Parentesco con el paciente:

- a) Cónyuge
- b) Hijo/a
- c) Hermano/a
- d) Sobrino/a
- e) Otro(especifique)_____

8. Tiempo de cuidador principal (años): _____

9. Horas diarias invertidas en el cuidado: _____

10. Número de cuidadores (especifique): _____

11. Frecuencia con que otras personas le ayudan en el cuidado:

- a) Hay Reparto del Cuidado
- b) En todo momento necesario del día
- c) Ocasionalmente, momentos de necesidad o urgencia
- d) Nunca recibe ayuda

12. Considera que la ayuda recibida es suficiente:

- a) Si
- b) No

13. Comorbilidad asociada:

- a) No
- b) Si,(especifique):_____

ESCALA DE SOBRECARGA DE ZARIT

Anexo 1. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, versiones original (todos los ítems) y abreviada (ítems en gris)

			Bastantes veces 4	Casi siempre 5
1	¿Piensa que su familia...	 <p style="font-size: 24px; font-weight: bold; margin: 0;">UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA</p> <p style="font-size: 10px; margin: 0;">RESOLUCIÓN N° 136-2008-CONAFU... RESOLUCIÓN N° 432-2014-CONAFU</p> <p style="font-weight: bold; margin: 10px 0 0 0;">FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</p> <p style="font-weight: bold; margin: 0 0 0 0;">ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO</p> <p style="font-weight: bold; margin: 0 0 0 0;">APRECIACION DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN</p>		
2	¿Piensa que dispone de suficiente tiempo para usted?			
3	Se...			
4	¿Si...			
5	¿S...			
6	¿P... rel...			
7	¿T...			
8	¿P...			
9	¿P... a...			
10	¿S...			
11	¿P... ter...			
12	Si... ter...			
13	¿S... ter...			
14	¿P... le...			
15	¿P... ga...			
16	¿P... m...			
17	¿S... la...			
18	¿D...			
19	¿S...			
20	¿P...			
21	¿P...			
22	Gl... cu...			

* Escala un re... ligera sobre

** Escala suma sobre cuida

FECHA:...../...../.....

.....

NOMBRE Y APELLIDOS