

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA - CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”

**“LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS COMO FACTORES QUE INCIDEN EN EL
PROCEDER DEL CUIDADOR PRIMARIO FAMILIAR DE LOS PACIENTES DE
ALZHEIMER EN EL GRUPO ERMITA ZONA 1”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

MARÍA LUCRECIA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGA**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADA**

GUATEMALA, JULIO DE 2018

The seal is a large, circular emblem in the background. It features a central shield with a crown on top, flanked by two lions. Below the shield is a figure on horseback. The shield is surrounded by a circular border containing the Latin text "CÆTERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACCADEMIA COACTEMALIS INTER".

CONSEJO DIRECTIVO
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina

DIRECTOR

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal

SECRETARIA

M.A. Karla Amparo Carrera Vela

Licenciada Claudia Juditt Flores Quintana

REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

Pablo Josue Mora Tello

Mario Estuardo Sitaví Semeyá

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Licenciada Lidey Magaly Portillo Portillo

REPRESENTANTE DE EGRESADOS

c.c. Control Académico
CIEPs.
Reg.0204-2015
CODIPs.1030-2018

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

04 de mayo de 2018

Estudiante
María Lucrecia Hernández González
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto SEXTO (6º.) del Acta TREINTA Y UNO GUIÓN DOS MIL DIECIOCHO (31-2018), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 04 de mayo de 2018, que copiado literalmente dice:

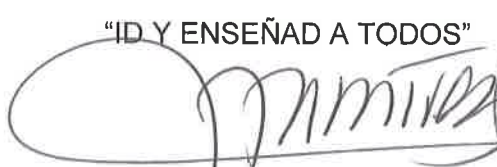
SEXTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **“LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS COMO FACTORES QUE INCIDEN EN EL PROCEDER DEL CUIDADOR PRIMARIO FAMILIAR DE LOS PACIENTES DE ALZHEIMER EN EL GRUPO ERMITA ZONA 1”**, de la carrera de **Licenciatura en Psicología**, realizado por:

María Lucrecia Hernández González

CARNÉ No. 99-18176

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada María Rene Martínez Aldana, y revisado por la Licenciada Rosario Elizabeth Pineda de García. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los Trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal
SECRETARIA





INFORME FINAL

Guatemala, 23 de abril de 2018

Señores

Consejo Directivo

Escuela de Ciencias Psicológicas

Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que la licenciada **Rosario Elizabeth Pineda de García** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

**“LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS COMO FACTORES QUE INCIDEN EN EL
PROCEDER DEL CUIDADOR PRIMARIO FAMILIAR DE LOS PACIENTES DE
ALZHEIMER EN EL GRUPO ERMITA ZONA 1”.**

ESTUDIANTE:

María Lucrecia Hernández González

DPI. No.

2431412110101

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 18 de abril de 2018 por el Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. Se recibieron documentos originales completos el 20 de abril de 2018, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciado Rafael Estuardo Espinoza
Coordinador

Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs.
“Mayra Gutiérrez”



Centro Universitario Metropolitano -CUM- Edificio “A”
9ª. Avenida 9-15, zona 11 Guatemala, C.A. Teléfono: 24187530

Guatemala, 23 de abril de 2018

Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez
Coordinador
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs
Escuela de Ciencias Psicológicas

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**, titulado:

**“LA ANSIEDAD Y EL ESTRÉS COMO FACTORES QUE INCIDEN EN EL
PROCEDER DEL CUIDADOR PRIMARIO FAMILIAR DE LOS PACIENTES DE
ALZHEIMER EN EL GRUPO ERMITA ZONA 1”.**

ESTUDIANTE:
María Lucrecia Hernández González

DPI. No.
2431412110101

CARRERA: **Licenciatura en Psicología**

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 18 de abril de 2018, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciada Rosario Elizabeth Pineda de García
DOCENTE REVISORA



Guatemala, 14 de febrero de 2018

Coordinación

Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs-

“Mayra Gutiérrez”

Por éste medio me permito informar que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del informe final de investigación titulado “La ansiedad y el estrés como factores que inciden en el proceder del cuidador primario familiar de los pacientes de Alzheimer en el Grupo Ermita zona 1 realizado por la estudiante María Lucrecia Hernández Gonzáles, CUI 2431412110101.

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, por lo que emito DICTAMEN FAVORABLE y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, suscribo,

Atentamente,



Lidia. María Rene Martínez Aldana

Psicóloga

Colegiado No. 1397

Asesor de contenido



Guatemala 19 de julio de 2016

Especialidades
Rehabilitación
Medicina
Integral
Tratamiento
Alzheimer

Asociación Grupo Ermita
Alzheimer de Guatemala
Miembro de



Alzheimer's Disease
International



Alzheimer
Ibero América

Licenciada
Miriam Elizabeth Ponce Ponce
Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs-
"Mayra Gutiérrez"

Atentamente a nombre propio y de la Junta Directiva de Asociación
Grupo Ermita Alzheimer de Guatemala, me dirijo a Ud., con el objeto
de expresarle nuestro atento y cordial saludo.

Por este medio le informo que la estudiante MARÍA LUCRECIA
HERNÁNDEZ GONZÁLEZ, carné 9918176 realizó en nuestra
institución 10 entrevistas y evaluaciones a Cuidadores Primarios
Familiares de pacientes con Demencia tipo Alzheimer como parte del
trabajo de Investigación titulado: "La ansiedad y estrés como factores
que inciden en el proceder del cuidador primario familiar de los
pacientes del Alzheimer en Asociación Grupo Ermita Alzheimer de
Guatemala zona 1" en el periodo comprendido del 9 de febrero al 23
de junio del presente año, en horario de 9:00 a 12:00 hrs, los días
martes y jueves.

La estudiante en mención cumplió con lo estipulado en su proyecto
de investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio
de nuestra Institución

Sin otro particular, me suscribo.


Licda. María Cecilia López Murga
Directora Administrativa
Asociación Grupo Ermita
Alzheimer de Guatemala.

PADRINO DE GRADUACIÓN

JUAN CARLOS FUENTES GODÍNEZ
INGENIERO QUÍMICO
COLEGIADO 764

ACTO QUE DEDICO
POR MARÍA LUCRECIA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ

A: DIOS

Le agradezco por su amor, su salvación y tener para mi vida planes de bienestar, así como por proporcionarme las condiciones necesarias para terminar esta carrera.

ESPOSO

Por ser la maravillosa persona que me ha inspirado y motivado a ser cada día mejor. Gracias por creer y confiar en mí. Te amo H.M.Q.A.

HIJOS

David Andrés y José Daniel, por llenar mi vida de alegría e inyectarme fuerzas para terminar este ciclo. Los amo con todo el corazón.

PADRES

Leonel Hernández Gómez (Q.E.P.D) y Cristina González de Hernández. Les agradezco por darme el don de la vida y la oportunidad de estudiar; y a usted mamita por sus constantes oraciones y sabios consejos.

SUEGROS

Erwin Fuentes Miranda y Enóe de Fuentes, por su apoyo incondicional y especialmente a Don Tito por su exhortación para la finalización de este trabajo.

HERMANOS

Leonel, Anel, Juan Carlos, Rosemarie, Luis Pedro, Betty y Erwin. Por el amor que siempre me han brindado y los exhorto para que luchen por sus ideales.

AGRADECIMIENTO
POR MARÍA LUCRECIA HERNÁNDEZ GONZÁLEZ

A: UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Por darme el privilegio y la oportunidad de estudiar y graduarme como profesional.

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS.
Por brindarme los conocimientos para desarrollarme y enfrentar los retos profesionales.

ASOCIACIÓN GRUPO ERMITA
Por haberme brindado la oportunidad de realizar mi trabajo de campo y sensibilizarme ante una problemática social; especialmente a la Licenciada María Cecilia López Murga por compartir sus conocimientos y vivencias.

CUIDADORAS GRUPO ERMITA
Por su participación y colaboración en la realización de esta investigación.
Las admiro por el trabajo que hacen.

CATEDRÁTICO
Licenciado Marco Antonio García por su gran apoyo para terminar este trabajo con precisión y excelencia.

ASESORA
Licenciada María Rene Martínez por su amistad y asesoramiento en este trabajo.

PASTORES
Geovanni y Verónica Sandoval, por sus oraciones y palabras de ánimo constante.

Índice

Contenido	Página
Resumen	
Prólogo	
Capítulo I	4
1. Planteamiento del problema y marco teórico.	4
1.01 Planteamiento del problema	4
1.02 Objetivos	5
1.03 Marco Teórico	6
Alzheimer	6
Etapas	9
Estrés	10
Tipos de estrés	12
Tratamiento del estrés	15
Ansiedad	16
Causas de la ansiedad	17
Tipos de ansiedad	19
Tratamiento de la ansiedad	20
Cuidador primario	21
Síntomatología del cuidador estresado y ansioso	23
Estrategias de intervención para disminuir la ansiedad y estrés	24
Atención para el cuidador	27
Fortaleza emocional para el cuidador	27
Cuestiones legales y financieras	31
Capítulo II	33
2. Técnicas e Instrumentos	33
2.01 Enfoque y modelo de Investigación	33
2.02 Técnicas	34
2.03 Instrumentos	36
2.04 Operacionalización de objetivos, categorías/variables	38
Capítulo III	41
3. Presentación, interpretación y análisis de los resultados	41
3.01 Características del lugar y de la muestra	41
3.02 Presentación e interpretación de resultados	43
3.03 Análisis general	48
Capítulo IV	50
4. Conclusiones y recomendaciones	50

4.01 Conclusiones	50
4.02 Recomendaciones	51
4.03 Referencias	52
Anexos	

Resumen

“La ansiedad y estrés como factores que inciden en el proceder del cuidador primario familiar de los pacientes del Alzheimer en el Grupo Ermita zona 1”

AUTORA: María Lucrecia Hernández González

La presente investigación tuvo como propósito analizar la incidencia de la ansiedad y el estrés en la emocionalidad del cuidador primario familiar de personas afectadas con Alzheimer. Los objetivos de la investigación fueron: identificar si existe estrés y ansiedad en las cuidadoras primarias familiares de personas afectadas con Alzheimer, determinar los aspectos emocionales que manifiestan las cuidadoras primarias familiares, medir el nivel de estrés y ansiedad en las cuidadoras primarias familiares, implementar talleres de técnicas y ejercicios de respiración para reducir la ansiedad. La investigación se realizó en un ámbito clínico de Asociación Grupo Ermita ubicado en zona 1 ciudad de Guatemala, durante los meses de febrero a julio de 2016, los días martes y jueves. Se delimitó a la población con una muestra de 10 cuidadoras en edades comprendidas de 50 a 78 años con procedencia del área urbana, escolaridad a nivel medio y nivel socioeconómico medio bajo, utilizando la técnica de muestreo no probabilístico y el enfoque mixto con predominancia cuantitativa. El primer paso fue el proceso de observación a través de una guía para recoger información de las conductas físicas y emocionales, luego se aplicó el test W. Zung que nos sirvió para medir la ansiedad y detectar aspectos emocionales que se evidenciaban en las cuidadoras y el test EAE, escala de apreciación de estrés; éste test fue diseñado con el objetivo de conocer el peso de los distintos acontecimientos estresantes en la vida de los individuos. La observación y ejecución de los test fueron aplicados de forma correlativa para predecir el nivel de ansiedad y estrés de las cuidadoras primarias familiares. Seguidamente se implementó un taller sobre técnicas y ejercicios de respiración a las cuidadoras para reducir la ansiedad. Se llegó a la conclusión que la participación constante de las cuidadoras primarias familiares en las actividades programadas incidió de forma positiva en su actitud para desempeñar mejor el proceder como cuidador pero principalmente a manejar sus emociones.

Prólogo

La enfermedad de Alzheimer a la fecha no tiene cura, sus características consisten en que es progresiva, irreversible, neurodegenerativa y se encuentra relacionada con el envejecimiento, atacando las células nerviosas en la parte de la corteza cerebral; esto deteriora la capacidad de la persona para gobernar emociones. Debido a esto la cuidadora primaria familiar, invierte más tiempo para supervisar, ayudar y realizar actividades con su familiar, o sea el paciente. Este incremento de tiempo trae como consecuencia la experimentación de niveles de ansiedad y estrés que rara vez es atendido y estudiado en nuestro medio.

La investigación cumplió con los objetivos de identificar si existe estrés y ansiedad en los cuidadores primarios familiares de personas afectadas con Alzheimer, determinar los aspectos emocionales que manifiestan las cuidadoras primarias familiares, medir el nivel de estrés y ansiedad de las cuidadoras primarias familiares, implementar talleres de técnicas y ejercicios de respiración para reducir la ansiedad. La investigación tuvo lugar durante los meses de febrero a julio de 2016, en las instalaciones de Grupo Ermita ubicado en zona 1 ciudad de Guatemala, los días martes y jueves en un horario de 9:00 a 11:00 horas, con una muestra de 10 cuidadoras en un rango de edades entre los 50 a 78 años logrando que el propósito de la misma fuera fortalecer el grupo de apoyo de la institución brindándoles herramientas para las cuidadoras primarias.

Ésta investigación se justificó por la mínima atención que reciben los cuidadores primarios familiares de personas afectadas con Alzheimer. Dentro de éste contexto, en la mayoría de situaciones estos padecen de problemas emocionales y físicos, lo anterior sucede después de transcurridos unos años, más o menos dos o tres años, dedicados al cuidado del paciente. En su mayoría, los cuidadores no son atendidos, pues en estos casos el foco de atención de los familiares está desbordado en el paciente, recordando que la enfermedad de Alzheimer es un proceso irreversible, gradual y degenerativo en el cual el paciente pierde las facultades cognitivas, y que conforme avanza la enfermedad pierde su independencia, éstos deben ser dotados de cuidadores que se encuentren en óptimas condiciones, tanto a nivel emocional como físico y mental, para poder enfrentar el desafío que se les presenta con su familiar. Se fue atendiendo personalmente las necesidades que se presentaron en la muestra seleccionada. Dentro de los alcances obtenidos se puede

mencionar que se abordó al núcleo familiar del enfermo para plantearles la importancia de las funciones del cuidador primario, el apoyo y la atención de la cual éste debe gozar para mitigar sus problemas. Se fortaleció el grupo de apoyo de las cuidadoras y familiares en general que se realiza los días jueves de cada semana por medio de los conocimientos transmitidos en el taller y al mismo tiempo se motivó para que practicasen diversas actividades en las cuales interactuaran con otras personas fuera del círculo familiar, pasatiempos o hobbies, asistencia a diversos grupos de apoyo, salidas fuera de la ciudad, prácticas deportivas, etc.

Dentro de los obstáculos encontrados están que Grupo Ermita es una entidad no lucrativa, esto significa que se sostienen únicamente de donaciones lo cual repercute en que no hay presupuesto suficiente para contratar la totalidad de personal necesario, debido a estas carencias no se promueve esta ayuda ni se extiende el horario a la población con padecimientos de Alzheimer y diversas demencias, disposiciones que obstaculizan el que más personas puedan ser atendidas. Otro obstáculo es la ausencia de un equipo de especialistas en la línea de la psicología clínica, fisioterapia y medicina, específicamente la geriatría para atender a los pacientes de forma permanente, pues en la actualidad únicamente se cuenta con la asistencia de estos especialistas solo algunos días específicos porque atienden citas programadas en la tarde, el costo de la cita médica es simbólico y es para el fondo de Grupo Ermita. Las personas que asisten al programa de día en Grupo Ermita no tienen éste beneficio, eventualmente los practicantes de la universidad Mariano Gálvez de fisioterapia los atienden.

Se agradece a la institución por la maravillosa y enriquecedora experiencia para mi vida, en lo personal y profesional, aprendí tanto en el aspecto humano por la convivencia tan cercana a las cuidadoras y vi de cerca su necesidad. Gracias por la disposición de las autoridades de Asociación Grupo Ermita y de las cuidadoras primarias familiares que asisten con regularidad al grupo de apoyo colaborando con la investigación y haciendo de cada jueves un día especial y esperado por todas, bromeamos, reímos, lloramos, platicamos, comimos, etc. No olvidaré lo que cada una de ellas me enseñó y aportó para que encontrara una razón valiosa para enfocar mi carrera profesional y dar lo mejor de mí. Muchas gracias cuidadoras!!!

Capítulo I

1. Planteamiento del problema y marco teórico

1.01 Planteamiento del problema

Actualmente la demencia ha ido en aumento y los pronósticos afirman que el número de pacientes se duplicará para el año 2030. Se estima que en el año 2015, el número de pacientes con esta enfermedad alcanzó 46.8 millones alrededor del mundo. La demencia más común en estos tiempos es Alzheimer, y como características principales se tiene que es progresiva y degenerativa, cada año el paciente pierde sus facultades motoras y mentales. A medida que la enfermedad progresa, las personas que sufren Alzheimer van perdiendo la capacidad de pensar, recordar, comprender, tomar decisiones, comunicarse o realizar los actos más comunes de la vida cotidiana como son vestirse, bañarse, arreglarse, desplazarse, controlar las ganas de orinar y defecar, mantener las ocupaciones habituales y distraerse con aquello que le gustaba anteriormente. La mayoría de las veces la enfermedad no es detectada oportunamente, esto se debe muchas veces a que el adulto mayor no se hace chequeos médicos con regularidad; un examen médico y neurológico oportuno puede detectar si el paciente aún conserva sus capacidades y puede ser independiente en sus funciones, según estadísticas se estima que uno de cada cuatro enfermos es diagnosticado oportunamente.

Generalmente el cuidado que recibe el enfermo proviene de su núcleo familiar, siendo principalmente el género femenino quien tome este rol. Al inicio la enfermedad no requiere de muchos cuidados ya que el enfermo puede realizar la mayoría de sus actividades, sin embargo por ser progresiva degenerativa la inversión de tiempo aumenta. Debido a esto el cuidador primario o el familiar cercano debe de invertir más tiempo para supervisar, ayudar y realizar actividades que por sí solo, el paciente no podría realizar o bien pondría en riesgo su integridad física. Este incremento de tiempo trae como consecuencia ansiedad y estrés, esto puede afectar emocional como económicamente a las familias que conviven con enfermos de Alzheimer. Este problema no afecta a los estratos sociales altos en donde se cuenta con el recurso económico para la contratación de un tercero para el cuidado. El cuidador primario que cada vez invierte más tiempo en el

cuidado del enfermo generalmente sufre de aislamiento social, desmejoramiento de su presentación personal, mala alimentación, desvelos y ausencia de tiempo para recrearse, muchas veces cae en depresión porque siente la carga emocional del enfermo, sin importar sus necesidades físicas y emocionales.

La motivación para esta investigación surgió por la visita a la asociación Grupo Ermita y platicar con algunos familiares de las personas afectadas con Alzheimer, quienes hacen la función de cuidadores primarios. La investigación estuvo enfocada a responder las incógnitas siguientes: ¿Identificar si existe ansiedad y estrés en las cuidadoras primarias familiares de personas afectadas con Alzheimer? ¿Qué aspectos emocionales manifiestan los cuidadores primarios familiares? ¿Cuál es el nivel de estrés y ansiedad de las cuidadoras primarias familiares?

1.02 Objetivos

Objetivo General

- ✓ Identificar si existe estrés y ansiedad en las cuidadoras primarias familiares de personas afectadas con Alzheimer.

Objetivo Específico

- ✓ Determinar los aspectos emocionales que manifiestan las cuidadoras primarias familiares.
- ✓ Medir el nivel de estrés y ansiedad de las cuidadoras primarias familiares.
- ✓ Implementar talleres de técnicas y ejercicios de respiración para reducir la ansiedad.

1.03 Marco teórico

Alzheimer

En una reunión de psiquiatras alemanes celebrada en 1906 Alois Alzheimer describió el caso de una mujer de 51 años con pérdida severa de memoria, desorientación, alteraciones de lenguaje e ideas paranoides, que murió cuatro años después en un estado de severa demencia (Revista Médica, 2015)

En su autopsia se encontraron lesiones cerebrales consistentes, con atrofia cerebral y presencia de cuerpos denominados seniles. Comenzaba en este momento una apasionante historia, la descripción y preocupación por una enfermedad que ha dado lugar a la mayor investigación sobre el funcionamiento del sistema nervioso humano, y que fue denominada con el nombre de su descubridor, la enfermedad de Alzheimer. Actualmente el diagnóstico de casos de demencia es diez veces superior al detectado a principios de siglo. “Se ha detectado que el crecimiento de la enfermedad corre en paralelo al envejecimiento de las poblaciones, la mayor longevidad y el consecuente aumento de población mayor de 65 años en un futuro inmediato provocará un importante problema socio-sanitario” (Revista Médica, 2015). Se estima que en muy poco tiempo cada familia tendrá que convivir al menos con un paciente afecto de demencia. Las enfermedades relacionadas con el corazón o los pulmones, como la insuficiencia cardiaca congestiva, los desórdenes de ritmo y válvula cardiacos, la pulmonía y una variedad de trastornos pulmonares crónicos obstructivos, pueden contribuir a la falta leve o severa de oxígeno en el cerebro. “Esta falta de oxígeno puede, a su vez causar episodios agudos de confusión y puede contribuir a la demencia crónica” (Revista Médica, 2015).

Hay otras enfermedades que pueden producir síntomas similares a la demencia progresiva y ser confundida con la enfermedad de Alzheimer. “Las más importantes son la Corea de Huntington, la enfermedad de Pick, la esclerosis múltiple, la esclerosis lateral amiotrófica y la enfermedad de Parkinson” (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2015). Los desarreglos o incapacidades sensoriales pueden ser también un factor que contribuye a la confusión. A veces, cuando las personas mayores parecen olvidadizas o confusas, el problema es simplemente que sufren de poca visión y/o de

pérdida de audición. Ambos problemas pueden ser corregidos con cirugía o con ayudas mecánicas, quizás no sea Alzheimer.

Un buen inicio para empezar a buscar la verdad acerca de la confusión de la persona enferma es un examen físico general. Esto conlleva algo más que la toma de temperatura, pulso y presión sanguínea. Incluso si la demencia primaria está causada por la enfermedad de Alzheimer, puede haber asociados problemas crónicos o agudos. Si éstos no se diagnostican ni se tratan, pueden empeorar la confusión causada por el Alzheimer. Por otra parte, puede que algunos de estos problemas sean en sí mismo la causa de la confusión. Deficiencias nutritivas, el cerebro necesita alimento nutritivo para sobrevivir, si no está adecuadamente alimentado puede volverse confuso, olvidadizo, irritable o deprimido. Las personas especialmente las personas mayores que viven solas, pueden sufrir algunas enfermedades relacionadas con la dieta. Si la gente mayor se olvida de comer o no se alimenta suficientemente del tipo de comida adecuada, pueden acabar con deficiencias nutricionales, e incluso con desnutrición crónica. El alcoholismo crónico puede ser también un problema. Ambos estados están asociados a deficiencias vitamínicas y algunas deficiencias vitamínicas contribuyen a tener síntomas de tipo demencial. La sensibilidad a la comida puede causar también confusión.

La depresión y la depresión maníaca son otras dos enfermedades que se parecen a la de Alzheimer y que deben ser consideradas cuando se trata de pérdida de memoria. Las personas con depresión clásica pueden parecer pasivas, indefensas, desesperanzadas y confusas. Las respuestas conductistas e intelectuales pueden ser más lentas de lo normal. La depresión maníaca puede desembocar en cambios de actitud, que oscilan entre un estado de excitación o manía y la depresión profunda. El inicio de la depresión suele ser más rápido que el de la enfermedad de Alzheimer y puede desencadenarse debido a acontecimientos tales como la muerte de un cónyuge o la pérdida de un empleo. “La depresión acompaña a la enfermedad de Alzheimer, exagerándose así los síntomas de demencia. Aunque la enfermedad de Alzheimer no puede curarse, la depresión a menudo responde a los medicamentos anti-depresivos” (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2015).

“Una de las causas más corrientemente olvidadas, y sin embargo corregibles, de la confusión en las personas mayores, es la toxicidad de los fármacos” (Fish, 1990, pág. 24). Los efectos de muchos medicamentos se extienden más allá de los propósitos terapéuticos para los cuales se destinaron. Muchos de ellos tienen efectos secundarios potencialmente dañinos, entre los que pueden estar la depresión, la desorientación y otros síntomas de demencia. La toxicidad de los fármacos puede ser el resultado o bien de una acumulación de una medicina concreta, o de una combinación de drogas que pueden producir efectos tóxicos, generalmente al cabo de un tiempo. No es raro que una persona mayor esté tomando varios medicamentos distintos, que pueden haber estado guardados durante un período de tiempo largo. Algunas de estas drogas pueden neutralizar otras, cuando se toman al mismo tiempo. O pueden actuar exactamente al revés y acelerar la absorción de la segunda droga, a menudo hasta un nivel de sobredosis.

Los medicamentos tienen una mayor tendencia a acumularse en los cuerpos de las personas mayores, debido a la disminución del ritmo de filtración de los riñones. La mala circulación, el metabolismo general más lento, el estreñimiento y un nivel más bajo de la función depuradora del hígado, contribuyen a la toxicidad de las drogas con la edad (Fish, 1990, pág. 24).

Los medicamentos pueden también afectar negativamente a la absorción adecuada de vitaminas, minerales y otros nutrientes. La gente mayor a veces consume alcohol en forma de vino o de medicinas para la tos o suplementos vitamínicos líquidos sin receta. “El alcohol no combina bien con muchos medicamentos, la confusión es un efecto secundario corriente” (Fish, 1990, pág. 25). Es recomendable llevar la medicina que el paciente usa para la evaluación oportuna.

Guatemala es un país donde, desafortunadamente, no se encuentra difundida una verdadera cultura de investigación científica ni la práctica de llevar estadísticas diversas. Sobre cada problema que ha de investigarse, existe información atomizada, suficiente únicamente para servir a los propósitos de quien la genera y recolecta, no para describir condiciones existentes a nivel nacional. La enfermedad de Alzheimer está considerada como una de las cuatro enfermedades que más afectan a la población guatemalteca adulta, junto al cáncer, el infarto y sida. En Guatemala, únicamente dos instituciones se dedican

a investigar y apoyar a enfermos de Alzheimer y a sus familiares: El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS, por medio de CAMIP Centro Atención Médica Integral al Pensionado y Grupo Ermita. En Guatemala existe la asociación Grupo Ermita, único representante de Alzheimer's Disease International en el país y miembro fundador de la Alzheimer Iberoamericana.

La Enfermedad de Alzheimer es una demencia degenerativa irreversible de predominio cortical de causa orgánica desconocida y es el término utilizado para designar la pérdida progresiva de las facultades mentales y puede definirse como un daño gradual de la memoria, intelecto y personalidad, sin pérdida de la conciencia. Se dan cambios insidiosos y a veces irreversibles en tres aspectos: comportamiento, estado de ánimo y proceso de pensamiento (Hoskinson, 1996, pág. 25)

La persona afectada pierde la memoria, entra en deterioro intelectual, se trastorna la personalidad y el comportamiento. Esta enfermedad constituye un problema en salud pública, repercute en los pacientes, familiares y representa una carga para la sociedad en general. Hasta hace pocos años se creía que la senilidad era la consecuencia natural e inevitable de la edad. A través de trabajos realizados, han visto que las personas mayores de sesenta y cinco años sufren lesiones cerebrales orgánicas que se relacionan con la senilidad; de estas lesiones se diagnosticaron como la enfermedad de Alzheimer un porcentaje arriba del setenta por ciento. Se puede definir la demencia tipo Alzheimer como una demencia degenerativa irreversible de predominio cortical de causa orgánica desconocida, es el término utilizado para designar la pérdida progresiva de las facultades mentales y puede definirse como un daño gradual de la memoria, intelecto y personalidad, sin pérdida de la conciencia. Se dan cambios insidiosos y a veces irreversibles en tres aspectos: comportamiento, estado de ánimo y proceso de pensamiento. Es importante mencionar que ésta enfermedad pasa por diversas etapas.

Etapas

Es muy difícil colocar al paciente de la enfermedad de Alzheimer en una etapa específica, sin embargo, los síntomas parecen progresar en forma tal que se pueden reconocer y estas etapas proporcionan un método para entender la enfermedad.

Primera etapa: 2 a 4 años hasta que se hace el diagnóstico. Pierde espontaneidad, la chispa o gusto de la vida. Pérdida de iniciativa (no puede empezar nada). Cambios en el humor/personalidad (el paciente se torna ansioso acerca de los síntomas, evita a la gente). Mal juicio (toma malas decisiones). Toma más tiempo para hacer sus deberes rutinarios. Tiene problemas para manejar el dinero, pagar cuentas (Gwyther, 2004)

Segunda etapa: 2 a 10 años después del diagnóstico (etapa más larga). Aumenta la pérdida de la memoria y la confusión. No se concentra por largo rato. Problemas en reconocer amigos íntimos y/o familiares. Repite lo que dice y/o los movimientos. Ocasionalmente los músculos sufren sacudidas. Problemas para percibir. Dificultad para organizar los pensamientos, pensar lógicamente. No puede encontrar las palabras correctas, inventa historias para llenar los espacios en blanco. Problemas para leer, escribir y con los números. Puede tener sospechas, irritable, intranquilo, lloroso o ridículo. Pérdida del impulso de control, no se baña o tiene miedo de bañarse. Problemas para vestirse. Sube y baja de peso. Puede ver o escuchar cosas que no existen. Necesita supervisión a toda hora (Gwyther, 2004) .

Etapa final: de 2 a 3 años. No puede reconocer a los familiares ni su propia imagen en el espejo. Pierde peso aún con una buena dieta. Poca capacidad para atenderse a sí mismo. No puede usar palabras para comunicarse. Puede ponerse todo en la boca o tocarlo todo. No puede controlar los intestinos o la vejiga. Puede sufrir ataques, dificultad para tragar, infecciones en la piel. Sensación de pánico (Gwyther, 2004).

A continuación se detalla el estrés como parte del tema central ya que se observó comportamientos correlacionados con el mismo.

Estrés

En las décadas transcurridas desde 1936 se introdujo el concepto de estrés, éste se ha extendido mucho más allá de las fronteras de la fisiología, convirtiéndose en tópico y, al mismo tiempo, paradójicamente, ha continuado generando un enorme volumen de investigación biológica, psicológica y sociológica, así como una producción permanente de literatura popular y de autoayuda. Por años la idea del estrés fue mirada con escepticismo: atractivo, pero sin mucha sustancia.

“Por otro lado, la observación clínica ha mostrado que la pérdida de la armonía del organismo debido a fuerzas ambientales perturbadoras, así como la respuesta adaptativa del individuo a tales fuerzas, son capaces de producir cambios patológicos” (Herber, 2002, pág. 315) Paralelamente a la clínica, que ha vinculado el estrés ambiental al desencadenamiento y evolución de trastornos emocionales, los estudios epidemiológicos y sociales han demostrado reiteradamente que el estrés psicosocial asociado a condiciones adversas de vida guarda relación con mayor morbilidad y mortalidad debidas tanto a trastornos mentales como a otras causas, incluyendo enfermedades cardiovasculares e infecciosas, accidentes, violencia, cáncer, y otras. Entre los hechos que han permitido avanzar en la comprensión de los mecanismos etiopatogénicos de los trastornos mentales en los últimos treinta y cinco años, desde la publicación de las primeras hipótesis monoaminérgicas de los trastornos afectivos, debe destacarse el desarrollo de la psicofarmacología, basada primero en observaciones empíricas, pero luego en una poderosa neurociencia y en una tecnología que nos asombra a diario. Uno de los desafíos que enfrentamos los psiquiatras clínicos es cómo integrar los nuevos aportes de la neurobiología con los datos de contexto provenientes de la experiencia clínica y de las ciencias sociales, para una comprensión más completa de la interacción entre sustratos genéticos, neuroquímicos, personalidad, experiencias traumáticas y eventos sociales en la etiopatogenia y evolución de los trastornos mentales.

Algunos autores proponen delimitar más nítidamente estrés, como causa de tensión o exigencia de adaptación, como efecto de aquél. Otros, ven el estrés como un proceso, que incluye múltiples componentes y circuitos de retroalimentación. Para este propósito estrés es el conjunto de procesos y respuestas neuroendocrinas, inmunológicas, emocionales y conductuales ante situaciones que significan una demanda de adaptación mayor que lo habitual para el organismo, y/o son percibidas por el individuo como amenaza o peligro, ya sea para su integridad biológica o psicológica. La amenaza puede ser objetiva o subjetiva; aguda o crónica.

En el caso de estrés psicológico lo crucial es el componente cognoscitivo de la apreciación que el sujeto hace de la situación. Se produce estrés cuando existe una discrepancia importante entre las capacidades del individuo y las demandas o exigencias

de su medio ambiente. Del mismo modo, puede producirse estrés cuando la discrepancia que existe entre las expectativas que la persona tiene y lo que su realidad ofrece es significativa (Trucco, 1998).

También se puede decir que el individuo presenta una tensión física o emocional que provoca frustración, nervios y furia. De la misma forma es una respuesta del cuerpo humano ante una acción agotante. En ocasiones, se puede considerar al estrés como un beneficio (en tal caso se denomina eustrés o estrés benéfico) ya que ayuda a asumir una responsabilidad más sólida en poco tiempo, sin embargo, el estrés por tiempo prolongado suele ser perjudicial para la salud tal estrés que es el más fácilmente reconocible recibe el nombre de distrés.

El estrés es una respuesta natural y necesaria para la supervivencia, a pesar de lo cual hoy en día se confunde con una patología. Esta confusión se debe a que este mecanismo de defensa puede acabar, bajo determinadas circunstancias frecuentes en ciertos modos de vida, desencadenando problemas graves de salud. Llevar una vida de estrés tiene implicaciones variadas. Por un lado están todas las alteraciones fisiológicas, y por otro están las complicaciones de orden emocional. El estrés es un elemento que aumenta la sensación de agravio en las relaciones sociales, familiares y laborales, al mismo tiempo en que figura como herramienta de distorsión de la realidad. Vivir bajo estrés implica, entonces, no solamente un deterioro físico, sino también psicológico y relacional. Para entender un poco más el tema, a continuación se conceptualiza los tipos de estrés.

Tipos de estrés

Estrés agudo o eustrés aparece de manera esporádica y no afecta de manera grave la salud del individuo. Se le caracteriza por la aparición de un conjunto de síntomas de ansiedad que tienen lugar después de la exposición a un acontecimiento altamente traumático. Estas alteraciones duran más de dos días, hasta un máximo de cuatro semanas. “La intensidad, duración y proximidad de la exposición del acontecimiento traumático son los factores más importantes en relación con la posibilidad de presentar un trastorno por estrés agudo” (Fontana, 1989, pág. 137).

Algunas formas para mitigar este tipo de estrés son: la terapia de exposición, con esta técnica, se le pide al paciente que visualice la experiencia traumática de la forma más detallada posible, al mismo tiempo, se utilizan técnicas para hacerle sentir relajado y forzarle a concentrarse en los aspectos positivos del trauma, brindándole patrones de pensamiento positivos.

El objetivo de esta técnica es cambiar el comportamiento de evitar cada objeto que le recuerde el trauma. Se le asegura que nada trágico ocurrirá con el estímulo al que le teme. Otra técnica utilizada es la terapia de inundación y relajación, esta es una técnica que se basa en la exposición de los remanentes del incidente traumático. Imaginar los momentos traumáticos que se reviven frecuentemente en la mente y se encuentran estancados allí. Esto también se puede hacer con un proyector que muestre las imágenes del evento. Procurar sentirse relajado mientras concentra la atención en dichas imágenes a través de las técnicas de relajación (respirar profundamente). Pensar en una de las imágenes, concentrarse en todos sus detalles mientras se trata de relajarse. Después de lograrlo, trabajar con otra imagen o aspecto del trauma hasta que se sienta relajado. La persona tiene que salir de esta agonía emocional lo más pronto posible.

“Considere probar la terapia de la desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular implica la exposición a imágenes y objetos que se evitan intencionalmente y se asocian con los acontecimientos traumáticos” (Fontana, 1989, pág. 138). Con esta técnica, el paciente mueve sus ojos rítmicamente, mientras se concentra en las memorias del incidente traumático, el terapeuta le dice a la persona que mueva sus ojos de izquierda a derecha o con el movimiento de los dedos, mientras que piensa en los incidentes trágicos que ocurrieron en el pasado. Luego se le pide que se enfoque en recuerdos agradables. Esto le permite relajarse y sentirse menos estresado mientras piensa en el evento traumático.

Asistir a terapias de grupo, esto es una reunión donde las personas que tienen los mismos problemas comparten sus sentimientos, experiencias, conocimientos y el impacto del estrés en sus vidas. Ellos aprenden a brindarse apoyo unos a otros, también aprenden cómo superar los sentimientos de culpa e ira, cuando muchas personas con los mismos problemas se reúnen, el primer sentimiento que viene a ellos es de compañerismo, no se sienten más solos y aislados, aprenden a sentir empatía con los demás y a ayudarse unos a

otros. Se les instruye para que escriban sus sentimientos en papeles y luego compartan y evalúen su validez. Se ayudan unos a otros brindándole un significado positivo a sus ideas y sentimientos.

Estrés crónico o distrés se entiende como un malestar provocado por situaciones agobiantes en un largo período de tiempo, esto trae consigo alteraciones psíquicas producto de todas aquellas situaciones que conllevan a trastornos emocionales los cuales truncan el bienestar de nuestra vida cotidiana. Esta palabra es aplicable a todo tipo de situación estresante ya sea relación amorosa, laboral, familiar. En palabras más sencillas el estrés crónico es la permanencia por un largo período de estímulos que sobrepasan la resistencia de nuestro organismo, esta afección resulta particularmente preocupante ya que no solamente los adultos se ven expuesto a aquello, sino que las exigencias de la vida moderna han provocado que esta enfermedad aparezca cada vez más en niños y adolescentes. Los síntomas que deben generar preocupación en quienes padecen de esta enfermedad son: el cansancio excesivo, los problemas digestivos, trastornos del sueño etc. Muchas personas creen que para eliminar el estrés tienen que dormir una semana seguida y eso no es así.

En realidad, una de las mejores formas que tenemos a disposición para quitarnos el exceso de estrés es haciendo ejercicio, ya se sabe que muchas personas no tendrán ganas de hacer ejercicio, como andar en bicicleta, ir a un gimnasio o trotar en el parque, pero es justo y necesario (Mejor con Salud, Revista en Línea, 2010).

Con el ejercicio se cansará más, pero también liberará endorfinas, llamada hormona de la felicidad. No importa qué disciplina se elija, puede ser una moderada o una de alto rendimiento, al regresar a casa después de una clase o sesión de ejercicio la persona se sentirá más renovada.

Otro aspecto que ayuda es reír a carcajadas, se sentirá mucho mejor y se podrá disfrutar de muchos beneficios como un mejor ritmo cardíaco, mayor irrigación sanguínea, función pulmonar, etc. La piel también empezará a lucir más luminosa. Mirar una película divertida, escuchar chistes o jugar a las cosquillas con los hijos puede ayudar. La alimentación tiene mucho que ver con cómo se siente un paciente, se dice que somos lo que comemos, los alimentos con harina blanca, los edulcorantes artificiales,

la comida rápida, los refrescos, los dulces y los fritos no ayudan para nada a mejorar la situación. Se debe evitar toda esta comida y, en lo posible, eliminarla de la dieta diaria.

Las frutas en lugar de los postres muy azucarados y los vegetales antes que las hamburguesas o las pizzas, preferir el agua antes que los refrescos, las infusiones de hierbas al café y los cereales integrales mejor que los refinados. A su vez, consumir semillas de quinoa, trigo y mijo ayuda a mantener estables los niveles de azúcar en sangre, algo que también puede desequilibrar el estrés.

Los alimentos refinados, procesados y preparados pueden causar problemas como: inflamación, sobrepeso, colesterol, problemas cardíacos, acné, presión arterial elevada, retención de líquidos. Afortunadamente para el estrés hay opciones para reducirlo.

Tratamiento del estrés

Relajación: Es uno de los métodos más tradicionales en el tratamiento del estrés. “El más sencillo es el método Jacobson, éste método consiste en contraer los músculos de una región para luego relajarlos hasta conseguir una relajación profunda de esta forma el individuo distingue perfectamente entre tensión y relajación” (Comín Anadon & Gracia Galvéz, 1999, pág. 43). Siguiendo las indicaciones deberá relajar y contraer durante unos segundos los músculos que se le van indicando. Se comienza por las manos, seguimos con brazos, hombros, cuello, musculatura frontal, de los ojos, de la boca, del tórax, haciendo una inspiración profunda y expulsando el aire poco a poco. Luego contracción del abdomen y para terminar levantar un poco las piernas y dejarlas caer. A continuación, y durante unos segundos se le pide que se concentre en alguna imagen que le produzca relajación y calma. Para terminar se hace una cuenta atrás del 3 al 1 y cuando llegue al 1 que abra los ojos. Este ejercicio se puede realizar en casa y es conveniente hacerlo al levantarse y al acostarse.

Control de la respiración: El control de la respiración se ha utilizado desde la antigüedad, en la religión hindú se utiliza para las distintas posturas de yoga también es fundamental en las artes marciales para conseguir mayor concentración. “Para algunos investigadores en la materia la respiración sirve para controlar el estrés, para otros es una técnica que sirve para contrarrestar los efectos negativos del estrés” (Comín Anadon &

Gracia Galv3ez, 1999). Los ejercicios dirigidos a mejorar la respiraci3n favorecen la buena oxigenaci3n y la regulaci3n del ritmo inspiraci3n-espiraci3n. Este control tambi3n se realiza en las maternidades, donde se ense1a a respirar a las futuras madres para atenuar el dolor de las contracciones uterinas.

Tratamiento psicol3gico: se basa en las teor3as cognitivas de la emoci3n y se articula a trav3s de t3cnicas.

El objetivo fundamental de las t3cnicas cognitivo-conductuales consiste en modificar la lectura mental que el sujeto hace de su situaci3n, sustituyendo sus pensamientos deformados y sus creencias err3neas por otras que le permitan recuperar el control de la situaci3n o el equilibrio de su mente y de su organismo. “Para ello se empieza por identificar los pensamientos autom3ticos, son la materia prima sobre la que se organizan los pensamientos deformados y las creencias err3neas que, una vez identificadas, son discutidas, analizadas y sometidas a juicio de la realidad” (Valdez, 1995, p3g. 83).

As3, por ejemplo, el t3rmino rid3culo que en s3 mismo ya evoca malestar y ansiedad se descifra en el sentido de precisar a qu3 se refiere exactamente, por qu3 emerge en la cabeza del sujeto y hasta qu3 punto es razonable en funci3n de sus capacidades o experiencias previas. Una vez analizados estos pensamientos se sugieren pensamientos alternativos que son puestos a prueba por el sujeto con su conducta. Despu3s de informarnos sobre el estr3s, es necesario tocar otro tema primordial como es la ansiedad.

Ansiedad

La ansiedad constituye uno de los problemas m3s discutidos en el campo de la Psicolog3a. Aunque con el paso del tiempo se ha podido detectar un avance en el an3lisis te3rico de la ansiedad y en la identificaci3n de los factores determinantes de su desarrollo, todav3a no se ha llegado a una descripci3n universal del concepto. Las m3ltiples definiciones dadas hasta la fecha no son en absoluto completas.

En la teoría de Freud, el estudio del concepto de ansiedad considera el fenómeno de la ansiedad como enraizado en las primeras fases de nuestra infancia y lo describe en términos energetistas de la libido reprimida, posteriormente Freud modificó su explicación primitiva, afirmando que la ansiedad era como una señal de peligro inminente que percibía el organismo (Marquez , 2012, pág. 25).

La ansiedad es una emoción que surge cuando una persona se siente en peligro, sea real o imaginaria la amenaza. Es una respuesta normal o adaptativa, que prepara al cuerpo para reaccionar ante una situación de emergencia. Por lo tanto, tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia, junto con el miedo, la ira, la tristeza o la felicidad. “Para preservar su integridad física ante amenazas, el ser humano ha tenido que poner en marcha respuestas eficaces y adaptativas durante millones de años: la reacción de lucha o huida” (Devereux, 1989, pág. 74). Ante una situación de alerta, el organismo pone a funcionar el sistema adrenérgico. Por ejemplo, cuando el organismo considera necesario alimentarse, este sistema entra en funcionamiento y libera señales de alerta a todo el sistema nervioso central. Cuando se detecta una fuente de alimento para la cual se requiere actividad física, se disparan los mecanismos que liberan adrenalina, y se fuerza a todo el organismo a aportar energías de reserva para la consecución de una fuente energética muy superior a la que se está invirtiendo para conseguirla y que normalizará los valores que han disparado esa alerta amarilla. En esos momentos el organismo, gracias a la adrenalina, pasa a un estado de alerta roja.

El sistema dopaminérgico también se activa cuando el organismo considera que va a perder un bien preciado. En esta situación, el organismo entra en alerta amarilla ante la posibilidad de la existencia de una amenaza, que no es lo mismo que cuando la amenaza pasa a ser real, pues en ese caso lo que se libera es adrenalina (estres, 2016, pág. 1).

Desde este punto de vista, la ansiedad se considera una señal positiva, de salud, que ayuda en la vida cotidiana, siempre que sea una reacción frente a determinadas situaciones que tengan su cadena de sucesos de forma correlativa: alerta amarilla, alerta roja y consecución del objetivo. Si la cadena se rompe en algún momento y esas situaciones se presentan con ansiedad, entonces el organismo corre el riesgo de intoxicarse por dopaminas o por otras catecolaminas. Esas situaciones ayudan al

organismo a resolver peligros o problemas puntuales de la vida cotidiana. A continuación detallamos las causas que provocan que el ser humano caiga en ansiedad.

Causas de la ansiedad

La ansiedad surge en ocasiones en las que uno se tiene que probar a sí mismo, en situaciones en las que se percibe un desequilibrio entre las exigencias impuestas y las propias capacidades. “La ansiedad será tanto mayor cuanto mayor sea la diferencia que percibe el individuo entre los requisitos y sus posibilidades personales” (Marquez , 2012, pág. 88). Se trata de una interpretación subjetiva de una inadecuación entre el fin a conseguir y las posibilidades de realizarlo en un momento dado.

Sensación de inadecuación: la inseguridad puede surgir en situaciones en las que el individuo duda si posee o no las aptitudes o técnicas necesarias para poder realizar una tarea, en que no sabe cómo resolverla de manera eficaz. Hay muchos estudiantes que sufren de ansiedad ante los exámenes ya que no se sienten preparados. No conocen la solución, no saben cómo llevar a cabo una tarea y empiezan a sentirse inseguros. Este sentirse inseguros es una situación pasiva, que se caracteriza por una pérdida de autoestima.

Ansiedad cognitiva: Cuando se trata de averiguar qué tipo de demandas externas desencadenan la ansiedad, los hallazgos empíricos provenientes del análisis factorial de cuestionarios de ansiedad existentes, pueden resultar muy útiles. De forma repetida se pone de manifiesto que un factor de importancia es la falta de conocimientos.

La ansiedad cognitiva aparece cuando uno se da cuenta de que no puede con su trabajo. Si se está acostumbrado a resolver un problema de una determinada forma y de repente hay que resolverlo de otra manera, la persona se encuentra desamparada, no sabe muy bien que hacer y se torna ansiosa (Marquez , 2012, pág. 89)

Ansiedad social: es la que surge cuando hay que realizar una determinada tarea ante otras personas. Uno teme que el público, en caso de fracasar la ejecución, exprese reacciones amenazantes para la autoestima. La ansiedad de este tipo es relativamente

independiente del contenido de la prueba. En los primeros estudios sobre la iniciación de la ansiedad este aspecto se encontró en forma tan pura que se formuló para designarla el término ansiedad de audiencia, como un constructo relativamente independiente. Es sobre todo la actuación frente a otros la que causa la ansiedad. Uno tiene miedo a fracasar a los ojos de los demás. Esta forma de ansiedad no se debe confundir con el miedo social que surge cuando uno tiene que actuar o realizar algún trabajo en presencia de otros. La ansiedad social surge cuando hay una desproporción entre la ejecución de una persona y las expectativas de los demás, y no tanto por los resultados objetivos. Cuando se espera demasiado de un niño, experimentará una desproporción entre sus actuaciones reales y lo que se espera de él y realizará un peor trabajo. Cuando los educadores llevan un estilo de educación muy severo y traducen sus eventuales desacuerdos en medidas aversivas contra el niño, la posibilidad de que aparezca el miedo al fracaso es mayor. Los castigos muy sutiles tienen una repercusión emocional especialmente fuerte. Existe dos tipos de ansiedad que se menciona a continuación.

Tipos de ansiedad

Trastorno ansiedad generalizada (TAG) Trastorno de ansiedad generalizada, se manifiesta en personas con mucha inquietud, preocupaciones y tensiones excesivas que terminan por volcarse crónicas, tienen problemas para dormir y siempre están tensos y nerviosos, son muy aprehensivos y comúnmente anticipan un desastre, aun cuando nada parece provocar sus preocupaciones, éstas siempre están activas y comprenden que su ansiedad es más intensa que la razón que la justifica.

Trastorno obsesivo compulsivo (TOC): se caracteriza por presentar rituales de ansiedad, las personas que sufren de este trastorno, sienten que no pueden controlar su mente, se llenan de pensamientos o imágenes perturbadoras e indeseables, sienten la necesidad de celebrar ciertos ritos con el propósito de reducir su ansiedad, la obsesión por cumplir estos rituales les consume un enorme tiempo, interfiriendo en su vida diaria, en las funciones sociales, etc. “Los síntomas más comunes son miedo a los cuchillos, a robarse cosas, a lastimar a alguien, a imágenes violentas, a que sus palabras sean malinterpretadas” (Devereux, 1989, pág. 45). Les preocupa enfermarse por alguna

contaminación, les preocupa que alguien pueda tener un accidente, obsesión por animales, por productos de limpieza, por la pulcritud, por coleccionar objetos, cosas, papeles, basura o cosas que no tienen uso. Felizmente se puede decir que para la ansiedad hay tratamiento para reducirla, las opciones a continuación.

Tratamiento de la ansiedad

La psicoterapia es un proceso de comunicación interpersonal entre un profesional experto (terapeuta) y un sujeto necesitado de ayuda por problemas de salud mental (paciente) que tiene como objeto producir cambios para mejorar la salud mental del segundo. “Aunque el abordaje psicoterapéutico se plantea desde numerosos enfoques teóricos, describimos, dentro de los diferentes modelos de intervención para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, los dos grandes grupos” (Devereux, 1989).

Terapias Cognitivo-Conductuales: se caracteriza por ser un método activo y directivo, y en ella paciente y terapeuta trabajan en forma conjunta y estructurada, con tareas fuera de sesión. Utiliza técnicas tanto conductuales como cognitivas en combinaciones diferentes según la sintomatología a abordar: relajación y respiración, entrenamiento autógeno, reestructuración cognitiva, exposición en vivo y diferida, detención del pensamiento y resolución de problemas.

Psicoterapias psicodinámicas: su objetivo es promover la comprensión e integración del Yo en conflicto, encontrando nuevas maneras de integrar éstos para funcionar y desarrollarse con más libertad y eficiencia. Algunas de las técnicas que se incluyen entre las psicoterapias psicodinámicas son la psicoterapia breve y la psicoterapia de grupo. En el estudio de los trastornos de ansiedad las intervenciones basadas en teorías psicodinámicas han recibido poca atención, la guía se centra fundamentalmente en las intervenciones de terapia cognitivo conductuales. Después de informar sobre los temas centrales cabe mencionar que quien interesa es el cuidador y su bienestar, para que no se agoten sus recursos emocionales y físicos.

Cuidador Primario

“Se ha definido al cuidador como aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales” (Reyes, 2011). En las personas con enfermedad de Alzheimer se añade una progresiva dificultad para realizar la tarea cotidiana e incapacidad cada vez más manifiesta de tomar decisiones sobre su vida y sus cuidados, todo ello con la poca o nula conciencia de que están enfermos. Esta situación provoca en las personas que le cuidan una sobrecarga de cuidados al tener que satisfacer continuas demandas. Ante este escenario tan complejo y abrumador, algunos cuidadores se enfrentan con escasa formación e información, supliéndola con la fuerza del cariño y sin poder evitar, que esta carga cada vez más pesada, pueda afectar su estado de salud.

Es por ello que cuando a un mayor se le diagnostica de enfermedad de Alzheimer, también se está anunciando un cambio de estilo de vida para sus familiares y sobre todo para su cuidador principal.

La enfermedad conlleva, en la mayoría de los casos, dos pacientes al mismo tiempo: el mayor enfermo que es el que se ve, al que llevan a la consulta, al que cuidan, con síntomas de demencia, con trastornos de conducta e incapacitado; otro, el cuidador principal, que es sin duda el paciente oculto de la enfermedad y que precisa de igual manera atención, dedicación y consejo, para disminuir su sobrecarga física y psicológica (Mendez Baquero, Molina Díaz, & Yagüe Rodríguez, 2010, pág. 6)

Y así durante el tiempo que dura la enfermedad, el mayor enfermo requiere de cuidados cada vez más complejos y continuados. Estos frecuentemente son prestados en solitario por sus cónyuges, hijos, nueras, yernos, hermanos, afectando a sus actividades cotidianas, a sus relaciones, a los otros familiares, cambiando sus costumbres, modificando el ritmo de sueño y un largo etcétera. Estas demandas de cuidados continuados, provoca en el cuidador unos efectos negativos sobre su estado de salud que son conocidos como sobrecarga. Frente a esta situación tan demandante, no se debe de olvidar la importancia que tiene el cuidar al cuidador y enseñarle a cuidarse. Por ello

ante toda atención, apoyo, consejo o cuidados que se oferten para la persona mayor con demencia, debe valorarse al lado la situación del cuidador principal si queremos realmente que los cuidados dados sean de calidad. El cuidador principal del enfermo de Alzheimer según diversos estudios corresponde a un cuidador informal mayoritariamente mujeres y estas asumen la responsabilidad en su condición de esposas o hijas, es decir mantienen una relación de parentesco directo. Las cuidadoras se encuentran en la franja de edad de treinta y cinco a setenta años de edad, la mayoría presentan un bajo nivel de estudios. “Debe saber que cuidar a una persona con demencia supone más que cuidarla físicamente, se añade comprenderla, decidir por ella, interpretar sus cambios de carácter, y evitarle riesgos, todo esto hace que el cuidado no sea una tarea fácil” (Mendez Baquero, Molina Díaz, & Yagüe Rodríguez, 2010, pág. 36)

No todos los cuidadores afrontan este reto de la misma manera, ni supone a todos el mismo esfuerzo, pero es cierto que con el tiempo se produce en mayor o menor medida un desgaste físico y emocional que repercute en el estado de salud del cuidador. “La sobrecarga del cuidador también llamada síndrome de agotamiento o síndrome de burn out es el resultado de la combinación de estrés psicológico, tensión física y la presión emocional en relación con la carga objetiva de la asistencia” (Losyk, 2006, pág. 45). La sobrecarga que supone cuidar puede provocar en el cuidador estados de ansiedad, estrés y depresión, además la existencia de un aumento en los gastos derivados de la enfermedad es un factor que se asocia a la sobrecarga personal y que influye en el papel del cuidador dificultando su actividad. Las funciones del cuidador dependen del grado de discapacidad del paciente y están ligadas a la evolución de la enfermedad, por ello las necesidades del cuidador también irán cambiando a medida de la evolución de la enfermedad. La sobrecarga del cuidador puede provocar la claudicación de este, es decir, muchos cuidadores tienen la sensación de sentirse física y emocionalmente atrapados y en algunos casos, incluso aparecen sentimientos de culpabilidad si piensan en ellos mismos y estas percepciones les pueden provocar incapacidad para seguir atendiendo a las demandas y necesidades del paciente.

La demencia genera preocupación, incertidumbre y temor en la familia y provoca cambios de rol entre sus miembros. Las tareas del cuidador cambian a lo largo del

proceso, aumenta progresivamente la carga física y psicológica, debido al aumento de actividad, vigilancia y atención que debe de prestar al paciente. Se produce un aumento de la ansiedad y el estrés, incluso puede llegar a la depresión mayor, debido a las consecuencias emocionales y psicológicas que conllevan la enfermedad, estos problemas hacen que disminuya la capacidad de resolución de problemas y la capacidad de confrontación.

El cuidador se ve afectado por una reducción de su autonomía y pérdida de la intimidad ya que por parte del paciente hay un aumento de la dependencia, esto conlleva una disminución del tiempo libre del cuidador e incluso del tiempo laboral y esto implica una disminución del contacto con la sociedad y pueden aparecer problemas de salud y sociales, como los que se presentan a continuación, sobre todo si no hay una red de apoyo adecuada. Cuando un familiar o un cuidador adquieran el compromiso del cuidado es necesario poner atención para no llegar a los siguientes síntomas:

Sintomatología del cuidador estresado y ansioso

Físicos: la astenia, cefalea tensional, insomnio, hipersomnia diurna, pesadillas, alteraciones del sueño vigilia, respiratorias, hematológicas, infecciones, gastrointestinales, osteomusculares e incluso alteraciones inmunológicas.

Psíquicos: “estrés, ansiedad, irritabilidad, reacción de duelo, dependencia, temor a la enfermedad, culpabilidad” (Hospitales NISA, Servicio de Neurohabilitación, 2003).

Alteraciones socio-familiares: aparece aislamiento, rechazo, abandono, soledad, disminución o pérdida del tiempo libre.

Problemas laborales: “absentismo laboral, bajo rendimiento, irritabilidad, tensión, pérdida del puesto de trabajo, puede aumentar la siniestralidad” (Hospitales NISA, Servicio de Neurohabilitación, 2003).

Alteraciones del funcionamiento familiar: incremento de la tensión familiar, conflictos conyugales o familiares, dejadez de unos frente a la sobre implicación de otros.

Problemas económicos: disminución de los recursos disponibles tanto por la pérdida de ingresos como por el aumento de gastos.

Problemas legales: dificultades sobre la toma de decisiones.

Todo ello supone una sobrecarga emocional y física que se conoce con el nombre de Síndrome del Cuidador.

El Síndrome del Cuidador es un trastorno que se presenta en personas que desempeñan el rol de cuidador principal de una persona dependiente. Se caracteriza por el agotamiento físico y psíquico. La persona tiene que afrontar de repente una situación nueva para la que no está preparada y que consume todo su tiempo y energía. Se considera producido por el estrés continuado, no por una situación puntual, en una lucha diaria contra la enfermedad, y que puede agotar las reservas físicas y mentales del cuidador (Hospitales NISA, Servicio de Neurohabilitación, 2003).

Estrategias de intervención para disminuir la ansiedad y el estrés del cuidador:

Apoyarse en los otros no es ningún signo de debilidad, admitir que necesita que otras personas ayuden de vez en cuando puede ser un signo de fortaleza, además de un gran alivio. Permitir que los otros ayuden da fuerzas para soportar responsabilidades al cuidado de las personas enfermas. La ayuda puede presentarse bajo distintas formas y provenir de un sorprendente número de lugares.

Por ejemplo, el papel de enfermería es básico para proporcionar un soporte integral a las personas con dependencia y sus cuidadores procurando el mantenimiento de su autonomía personal, así como prestar soporte integral y de forma continuada a la familia, concretamente al cuidador principal y también, mejorar la eficacia de los recursos asistenciales destinados a la atención de personas dependientes y establecer conexiones entre recursos formales e informales. Para que pueda mantener un buen nivel de calidad de vida se debe aliviar la sobrecarga y sus repercusiones de forma efectiva. “La sobrecarga puede ser reducida de forma indirecta con el tratamiento de la enfermedad o directamente con programas de intervención sobre el propio cuidador” (Puliti, 2000, pág.

76). Resumiendo lo que la evidencia científica afirma es que la carga se minimiza o se soporta mejor si existe soporte interno y externo y si los distintos protagonistas gozan de tiempo para su propio cuidado y para seguir mejorando en su labor de cuidar. El mejor tratamiento de la sobrecarga es su prevención y ésta se logra y ejerce a través de la información, educación, soporte profesional, red social y familiar, sólida obtención de recursos. A continuación se presentan las intervenciones más utilizadas para disminuir la sobrecarga del cuidador:

Counseling o asesoramiento: consiste en sesiones de trabajo orientadas a enseñar a resolver las necesidades de la persona o grupo, el objetivo final es mejorar la salud del usuario. El profesional facilita conocimientos, alternativas, herramientas, técnicas y entrenamiento, y el usuario conduce su propio proceso. Con esta estrategia se pueden utilizar los talleres de entrenamiento, grupos entre iguales y metodologías formativas. “El Counseling está demostrando su eficacia para facilitar la adopción y el mantenimiento de comportamientos saludables y está especialmente indicado para abordar aquellas enfermedades de carácter crónico” (Puliti, 2000, pág. 79). Con esta estrategia se le proporciona resoluciones habituales como higiene, nutrición y además estrategias de relajación, cuidado personal y resolución de problemas. La aplicación de ésta técnica de asesoramiento mejora el conocimiento de la enfermedad, aumenta el soporte emocional y ayuda en la planificación de la asistencia.

Terapias individuales: La atención individual de los cuidadores de enfermos de Alzheimer debe estar basada en dos corrientes, la humanista y la cognitiva conductual. La primera porque es importante empatizar y comprender la situación por la que está pasando. Es fundamental que se sienta comprendido y escuchado, permitiendo que todos sus sentimientos y emociones salgan a la luz. La segunda porque siempre se tiene que perseguir el cambio de aquellos patrones del pensamiento y de la conducta que están interfiriendo en el mal afrontamiento del proceso degenerativo de la enfermedad y así aumentar las habilidades del cuidador.

Grupos de autoayuda y de ayuda mutua: son grupo de personas que se unen porque tienen algo en común, en éste caso tienen en común ser cuidadores principales de

un enfermo de Alzheimer. En estos grupos los miembros se auto gestionan y no hay profesionales dentro de ellos, pero si cuentan con el apoyo y colaboración de profesionales de la salud. “En estos grupos, sus miembros, se reúnen para compartir e intercambiar información y experiencias, facilitarse apoyo emocional, buscar posibles soluciones a sus problemas, paliar el sentimiento de soledad ante una situación no deseada y formación sobre la enfermedad” (Puliti, 2000). La evidencia científica afirma que los grupos de ayuda mutua satisfacen las necesidades comunes, permite superar problemas, consigue cambios sociales y personales y además si hay un profesional sanitario, la función que tiene es favorecer y potenciar las habilidades del resto de los integrantes del grupo. Los beneficios que aporta el GAM a los cuidadores son múltiples: les dan información de todo tipo, comparten con normalidad experiencias, recogen opiniones y sugerencias, mejoran el conocimiento de uno mismo, aprenden a gestionar mejor los conflictos, son aceptados y comprendidos, establecen lazos de amistad y reducen su aislamiento, aumentan la seguridad y la confianza. Las nuevas tecnologías como un nuevo modelo de autoayuda (foros, blogs y Messenger) en estos tiempos donde la falta de tiempo es importante, se puede encontrar ayuda mediante las nuevas tecnologías, es una manera rápida de comunicarse con otras personas que se encuentran en la misma situación y así poder intercambiar opiniones, experiencias y recursos. Con las nuevas tecnologías se permite la comunicación de personas de distintos lugares de procedencia y así también iniciar relaciones de amistades. A continuación se presentan las herramientas de internet más utilizadas:

Foros: sirven a los visitantes para poder manifestar sus opiniones, hacer preguntas, denunciar e intercambiar información. Funcionan de forma libre e informal y tienen un moderador quien se ocupa de dinamizar el foro y de que funcione correctamente. Blogs y Facebook: un espacio en internet donde una persona expresa sus ideas, vivencias, opiniones y donde otras personas pueden responderle mediante comentarios.

Messenger: consiste en una modalidad de mensajería instantánea que permite una conversación oral o escrita a tiempo real y permite una mayor intimidad que en las otras

herramientas de internet. Según la evidencia científica no se ha observado ninguna evidencia concluyente de las intervenciones de apoyo basadas en las tecnologías que avalen estas intervenciones, aun así se deben de interpretar estos resultados con mucha cautela ya que en estos estudios escasea la calidad metodológica. Es necesario buscar primordialmente que el cuidador tenga la atención que necesita.

Atención para el cuidador

“El cuidarse a sí mismo es importante para mantenerse saludables tanto física como mentalmente. La definición de cuidarse a sí mismo puede ser darse atención a sí mismo, incluyendo elevar la actitud y realizar actividades de la vida diaria” (Grupo Ermita Alzheimer de Guatemala, 2003, pág. 75). Cada cuidador debe de desarrollar una rutina de autocuidado y estar preparado para responder el estrés y la ansiedad, tomar mejores decisiones, ser una buena influencia para otros cuidadores y poder brindar la atención de calidad a los pacientes. Se sugiere que el cuidador tome en cuenta las siguientes recomendaciones: comer comida sana y balanceada, tomar aire fresco y hacer ejercicios, como caminar, leer un libro o revista preferida, ir al cine, realizar algún pasatiempo o escuchar su música preferida. Si se ama y cuida, puede obtener fortaleza emocional.

Fortaleza emocional para el cuidador

Es un mecanismo de adaptación que ayudará a ser feliz, a adaptarse mejor a la vida, a prevenir y superar la adversidad, a mejorar el nivel de bienestar, a vivir en equilibrio y a potenciar las oportunidades que se tienen para disfrutar de todo lo que ofrece la vida.

La fortaleza emocional es un facilitador y un protector de la felicidad, es un facilitador porque ayuda a reunir las condiciones necesarias y a dibujar un escenario propicio para ser feliz, estar satisfecho con la vida y disfrutar del bienestar emocional. Y es un protector porque la vida es cambio e inestabilidad, y la fortaleza emocional permite adaptar adecuadamente a los diferentes escenarios que tiene preparado el destino (Navarro, 2015, pág. 22).

Desarrollar y aplicarla requiere un proceso activo y consciente, la vida plantea continuos retos y a menudo se suele equivocarse pensando que no se puede hacer nada ante una determinada situación o problema, cuando en realidad sí se puede decidir el curso de la historia. Y precisamente, frente a la adversidad, es cuando debe jugar menos sus cartas ya que los aciertos o errores tendrán un mayor impacto. A través las creencias, esquemas mentales y expectativas se puede estar bloqueando la fortaleza emocional sin ser consciente, en muchas ocasiones es más importante el modo en cómo se interpreta lo que ocurre, es necesario confiar ya que nunca se cree cuán fuerte se es. Esa fuerza es la mejor garantía para conservar el equilibrio, la independencia, la perspectiva, la salud y el bienestar. Al activar la fortaleza emocional se estará consciente de la infinidad de recursos que la persona tiene para superar los retos que le plantea la vida. La fortaleza emocional es un mecanismo de adaptación cognitivo que requiere una activación.

La persona puede trabajar sus fortalezas emocionales, ayudar a vivir mejor, a plantear nuevos objetivos, a prevenir y a superar la adversidad, a mejorar su nivel de bienestar emocional, a mantener su equilibrio y a potenciar sus experiencias positivas; tiene la capacidad para desarrollar su fortaleza emocional. En cualquier momento puede desarrollarla y conseguir que sea más sólida (Navarro, 2015, pág. 25)

La persona posiblemente es más fuerte de lo que creé, pero lo que importa no es cuán emocionalmente se es, sino cuán emocionalmente fuerte se creé que es. Porque se pensará, sentirá y actuará según lo que se creé. Hasta que no se dé cuenta de cómo se está condicionado a sí mismo no podrá vencer sus límites. El objetivo es que la persona se sienta capaz de hacer frente a un mundo dinámico, inestable y exigente. Para conseguirlo se necesitará aprender una serie de recursos, habilidades y herramientas. Existe un ejercicio muy sencillo para definir a la persona y se trata de buscar diez adjetivos o frases que la describan, seguidamente se analiza el listado tanto los adjetivos positivos como negativos. Luego se escribe cómo le gustaría a la persona ser, su ideal, se hace una comparación entre ambas. Si hay una gran diferencia entre la descripción real y de la ideal es necesario trabajar en la fortaleza emocional. Una persona tiene diferentes fortalezas que le aportan un valor ya que las utiliza para diferentes funciones permitiéndole afrontar o superar diferentes retos. Cada día se experimentan diferentes

emociones que afectan lo que pensamos y hacemos. Las emociones que se sienten pueden determinar la vida, así que se necesita la fortaleza emocional para gestionar la influencia que puede tener en la persona misma. Las siguientes diecinueve fortalezas emocionales le proporcionarán a la persona felicidad: incorporar las emociones a la vida, interpretar adecuadamente el estado emocional, ponerle nombre a las emociones, aprender a identificar el estado emocional de las demás personas, gestionar la expresión de las emociones, perseverar en el logro de los objetivos, gestionar la adversidad, equilibrar la autoestima, no depender de la motivación externa, ganar en responsabilidad, elegir tener una actitud positiva, escoger el propio camino. Buscar relaciones de calidad, desarrollar la capacidad para comunicarse mejor, cooperar con otras personas desarrollando la compasión, gestiona los conflictos, vivir por objetivos y tomar las decisiones en consonancia, pedir ayuda si se necesita y disfrutar las oportunidades que da la vida. El cuidador puede realizar un plan para fortalecerse emocionalmente y manejar esta etapa de la mejor forma. A continuación se describe un plan para el cuidador.

Primer paso consiste en fijar un objetivo realista, la meta será adquirir nuevas destrezas y aplicarlas. Puede ocurrir frustración si el objetivo es colocado a partir de una comparación. Hay que tener cuidado, con quien se comparte esta información, ya que las expectativas serán completamente erróneas. Lo mejor es no compartir con nadie esta información. “Si se tiene expectativas irreales posiblemente se termine desmotivando, por eso es tan importante conocer el punto de partida” (Navarro, 2015, pág. 244). Si se sabe bien de dónde parte podrá fijar un objetivo más realista. El valor no está en el destino sino en la evolución.

Segundo paso es la clave de la asimilación, no hay que tener prisa por avanzar. El secreto no está en la velocidad, sino en la asimilación. Asimila los conceptos y actitudes en los que se está trabajando, hay que darle un sentido, relacionándolo con las experiencias pasadas y presentes. A menudo se precipita creyendo que se ha comprendido en profundidad un concepto, cuando en realidad se ha tratado con demasiada superficialidad. Hay que tratar cada concepto en profundidad, sin prisa, buscando una asimilación de calidad.

“*Tercer paso* es aplicar los cambios en un entorno conocido, hay que poner en práctica lo que se ha aprendido en un entorno familiar, cercano, con personas conocidas, asumiendo un nivel bajo de riesgo” (Navarro, 2015, pág. 245). Hay que empezar poco a poco, siendo consciente de que todo conocimiento requiere de un tiempo para ser consolidado y aplicado con éxito.

Cuarto paso es la autorregulación. De la misma manera el florecer de la fuerza emocional tiene su ritmo, el trabajar, perseverar y analizar si se está en la dirección correcta se podrá ver cómo se tendrá un precioso jardín repleto de bellas flores. Hay que disfrutar el proceso, fluir con la experiencia de ponerse en forma emocionalmente, descansar si su cuerpo se lo pide, acelerar si se siente con fuerza y sobre todo no olvidar de nutrir el alma y el conocimiento. Puede darse el caso de que pueda desarrollar correctamente una fortaleza en un determinado momento y no en otro. Analice, quizás dependa del contexto o del estado físico o anímico. “Si se empieza por un área que se domine y compare su progreso con el de un área especialmente difícil para el cuidador, es posible que decaigan los ánimos. Contextualice lo ocurrido y recalibre sus expectativas” (Navarro, 2015, pág. 245).

Quinto paso es la planificación, es importante que se planifique el proceso de aprendizaje como se haría un entretenimiento. La planificación está para guiar y motivar. Pero hay que recordar que se puede saltar. Si la planificación es aburrida y no permite disfrutar el proceso, será el momento de revisarla y adecuarla a la realidad. Por un lado se trabajará la fortaleza. Una fortaleza puede ser un recinto o un espacio donde solo el cuidador puede entrar y donde estará a salvo de amenazas exteriores. Pero fortaleza también es ser capaz de ejercer un esfuerzo puntual para hacer frente a una situación que está pidiendo lo mejor de la persona.

Una persona fuerte es capaz de vencer el temor y la incerteza. Fortaleza es vigor, energía focalizada, lucha constructiva, rabia positiva canalizada. Fortaleza es entereza, ser capaz de conservar la coherencia y una actitud positiva. Fortaleza es la capacidad que permite crecer, plantear retos y superarlos. (Navarro, 2015, pág. 246)

La fortaleza también es la capacidad para seguir adelante a pesar de los problemas o las dificultades, caer y levantarse, seguir a pesar de todo, aguantar y perseverar, eso es resistir. Hay situaciones en las que no se puede hacer nada más que resistir. La capacidad de resistir es la base para poder perseverar en la consecución de un objetivo. La resistencia es la fuerza que se opone a la desidia, al desengaño, al miedo y que ayuda a no darse por vencido. Hay que planificar el entrenamiento, hay que empezar poco a poco para no tener dificultades. Al obtener fortaleza está en la capacidad de sobrellevar las responsabilidades legales y financieras, que se afrontan en la última etapa del cuidado de su familiar.

Cuestiones Legales y Financieras.

El cuidado de un paciente puede ser caro; además, si es de edad avanzada y depende de ingresos fijos, la inflación se los comerá. Es importante determinar tanto los recursos económicos como los incrementos potenciales de los costos de atención para que así se puedan planear las finanzas futuras del enfermo. “Hay muchos factores que deben tenerse en cuenta al hacer una evaluación a futuro de sus finanzas; entre otras, sus propias expectativas y la naturaleza de la enfermedad” (Mace & Rabins, 2006, pág. 244). Hay que empezar por determinar los costos actuales del cuidado, los gastos potenciales a medida que avanza la enfermedad y los recursos económicos con los que cuenta. Es de suma importancia hacer planes para el futuro del paciente, independientemente de que sea de escasos o de sólidos recursos económicos. Hacer un presupuesto ayuda a la identificación de los recursos necesario.

En la parte legal, debe tomar en cuenta que tarde o temprano el paciente ya no podrá seguir responsabilizándose de sus asuntos legales y financieros eso significa que ya no podrá manejar su chequera, no recordará qué bienes personales posee o qué deudas ha contraído. Tal vez ya no puede decidir, con responsabilidad, qué hacer con sus propiedades o dar permiso para el cuidado médico que requiera. El enfermo casi nunca pierde su conciencia súbitamente, por lo que, aunque no pueda ya manejar su chequera, podrá sin embargo hacer testamento o dar consentimiento para su atención médica. No

obstante, al avanzar la enfermedad, ya no le será posible seguir tomando decisiones y alguien más deberá ejercer responsabilidad legal por él.

Es importante que la persona misma haga estos arreglos legales a tiempo, antes de que llegue el momento en que ya no pueda tomar decisiones. A esto se le conoce como capacidad de testar y significa que la persona sabe, sin coacciones de ningún tipo, que está haciendo un testamento o firmando un poder notarial, los nombres y parentesco de las personas que recibirán su herencia, así como la naturaleza y extensión de sus propiedades (Mace & Rabins, 2006, pág. 320).

La manera más eficiente de prepararse para una eventual incapacidad, es que la persona haga sus propios planes antes de que llegue el momento en que ya no sea capaz de hacerlos. Entre esos planes figura un testamento y otorgar un poder notarial.

Capítulo II

2. Técnicas e Instrumentos

2.01 Enfoque y modelo de investigación

El enfoque utilizado para ésta investigación es cuantitativo con diseño descriptivo.

Toma como punto de partida la deducción, en base a análisis de variables, es decir, asocia parámetros cuantificables cuyo objetivo es analizar una teoría. Al final, con los estudios cuantitativos se pretende explicar y predecir los fenómenos investigados, buscando regularidades y relaciones causales entre elementos. Esto significa que la meta principal es la construcción y demostración de teorías. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014, pág. 13)

Para la investigación realizada en la Asociación Grupo Ermita, se tomó una muestra no probabilística para practicar la técnica de Observación y los instrumentos Test de W. Zung, y Test EAE, y verificar el nivel de estrés y ansiedad de cada uno de los cuidadores familiares primarios de los pacientes con Alzheimer, éstas fueron aplicadas sistemáticamente ya que la práctica se realizó de la misma forma y en el mismo orden a cada persona. Dentro de esta técnica, la Observación es empírica, ya que depende de la subjetividad del individuo que la realiza.

El Test de W. Zung y el Test EAE son instrumentos cuantitativos porque los resultados son numéricos, cuantifican el número de personas y miden el nivel de estrés y ansiedad, en éste caso las cuidadoras primarias cumplen con una condición determinada, el estrés y la ansiedad. A diferencia de la Observación, es un instrumento que brinda características cualitativas visibles y emocionales que muestran las cuidadoras con niveles de estrés y ansiedad. También el Test W. Zung ayudó a determinar los aspectos emocionales, como tristeza, llanto y desesperación, que manifestó cada una de las cuidadoras.

2.02 Técnicas

Las técnicas que se emplearon en la investigación fueron de muestreo, recolección de datos y análisis de datos, utilizadas para seleccionar a la población de interés que llenaba los requisitos que planteaba la investigación siendo sus indicadores, para reunir los datos necesarios por medio de procedimientos (recolección de datos) pág 198 y para analizar los datos luego de haber pasado los instrumentos de medición pág 272. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014, págs. 173,198 y 272)

Técnicas de muestreo

Para el estudio se utilizó el muestreo no probabilístico, en las muestras de este tipo, la elección de los casos no depende de que todos tengan la misma posibilidad de ser elegidos, sino de la decisión de un investigador o grupo de personas que recolectan los datos. La ventaja de una muestra no probabilística, desde la visión cuantitativa, es su utilidad para determinados diseño de estudio que requieren no tanto una representatividad de elementos de una población, sino una cuidadosa y controlada elección de casos con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014, pág. 189 y 190).

Las características de estudio para la muestra evaluada de Grupo Ermita fueron: a) Cuidadoras primarias familiares de personas con padecimiento de Alzheimer, b) Asistente regular del grupo de apoyo en Grupo Ermita y c) Nivel Socio Económico medio bajo. De esta manera, con un universo conocido, se pudo identificar si existe estrés y ansiedad en las cuidadoras primarias familiares de personas afectadas con Alzheimer.

Técnicas de recolección de datos

Observación: Esta técnica fue aplicada a las cuidadoras de los pacientes que asisten a Grupo Ermita para obtener la primera impresión del estado emocional y físico de ellas, la información obtenida sirvió para identificar síntomas o la presencia de Estrés y Ansiedad. La técnica fue llevada a cabo los días lunes, martes y miércoles en las instalaciones de Grupo Ermita, de la ciudad de Guatemala, a partir de las 9:00 a 11:00 a.m. La forma de aplicación consistió en posicionarse en un lugar dentro de la recepción

de dicha institución y así poder evaluar los indicadores que a continuación se mencionan: sudoración, agotamiento, hábitos nerviosos (rechinar dientes, morder uñas, agitar pies).

Test William Zung: Este test fue aplicado a las 10 cuidadoras de la institución mencionada, este instrumento está elaborado para medir la ansiedad, y de esta manera tener más información para diagnosticar adecuadamente a cada cuidadora. El test se realizó el segundo jueves del mes de junio 2016. La metodología que se utilizó fue una conversación informal inicial para obtener apertura del cuidador primario familiar. Seguidamente se pasó el Test para evaluar la ansiedad. Indicadores: tristeza, depresión, inapetencia, menosprecio, desesperanza, irritabilidad e inutilidad.

Test EAE: Este test fue aplicado a las cuidadoras primarias familiares de personas que padecen de Alzheimer de Grupo Ermita, el instrumento está elaborado para medir el estrés por medio de enunciados relacionados con acontecimientos importantes, situaciones de ansiedad, momentos tensos de nerviosismo, de inquietud, de frustración, etc. propiamente se centró en los acontecimientos estresantes. El test se realizó en la primera semana del mes de julio 2016. La metodología que se utilizó fue una actividad para romper el hielo seguidamente se pasó el test. Indicadores: circunstancias estresantes, factores que amenazan la vida, salud física.

Taller: Se hizo una invitación para convocar a los cuidadores primarios familiares y demás familia que quisieran capacitarse, y así tener herramientas para poder mitigar el estrés y la ansiedad. El objetivo de esta actividad era capacitar a las cuidadoras por medio de técnicas y ejercicios de respiración para reducir el estrés y la ansiedad. Este taller se llevó a cabo al finalizar el proceso, el último viernes del mes de julio 2016. Los indicadores que se utilizaron para este taller fueron: número de afluencia y satisfacción con el programa del taller.

Técnicas de análisis de datos

Los datos obtenidos del trabajo de campo se analizaron por medio de análisis estadístico, que es un componente del análisis de datos provenientes de una muestra

representativa de datos, los cuales se reflejan en las gráficas radiales también conocida como gráfica de la araña o parcela de estrellas, y que son una manera de comparar múltiples variables cuantitativas; así mismo se utilizó el análisis descriptivo para cada uno de ellas.

2.03 Instrumentos

Guía de Observación: Es una guía estructurada por 8 preguntas para comprobar que las cuidadoras primarias familiares manejan estrés y ansiedad en su tarea de cuidar a familiar con padecimiento de Alzheimer. A través de una observación, con lapso de media hora para cada cuidadora, se apreció cada indicador siendo éstos: sudoración, agotamiento, hábitos nerviosos (rechinar dientes, morder uñas, agitar pies) y se marcó en la hoja Guía de observación si aparece o no. Esta guía dio evidencia del nivel de estrés y la ansiedad.

Test William Zung: Es un test de autoevaluación diseñado por W.W. Zung para determinar el nivel de ansiedad, es una encuesta corta indicando las características más comunes. El test se encuentra en el anexo de éste documento. Para llenarlo el investigador debió de leer las instrucciones, procurando tener claridad absoluta con las preguntas y estar familiarizado con el lenguaje a utilizar.

Ficha Técnica

- I. Datos generales.
 - a. Título original de prueba: Self-Ratign Anxiety Scale
 - b. Título en Español: Escala de autovaloración de Ansiedad
 - c. Autor (es): W. Zung
 - d. Año de publicación: 1971
 - e. Procedencia: Berlín
- II. Administración.
 - a. Edades de aplicación: Adultos
 - b. Tiempo de aplicación: No determinado

c. Aspectos que evalúa: Intensidad de Ansiedad

III. Validez y confiabilidad del instrumento.

Validez: Disponemos de pocos estudios de validación de sus valores psicométricos. La correlación entre la puntuación de cada ítem y el total oscila entre 0.34 y 0.65

Fiabilidad: Los coeficientes de correlación fueron estudiados por Zung. Entre ASI y SAS es de 0.66 y entre ASI y Taylor Manifest Anxiety Scale de 0.33.

Test EAE: Es un test ha sido diseñado con el objetivo de conocer el peso de los distintos acontecimientos estresantes en la vida de los individuos, apreciar la intensidad con que la cuidadora ha vivido esos sucesos y conocer si esos acontecimientos han dejado de afectarle o están presentes aún. Para aplicarlo el investigador leyó las instrucciones y resolvió todo tipo de duda.

Ficha Técnica

Título: Escalas de Apreciación del Estrés (EAE)

Autores: J.L. Fernández Seara y M. Mielgo Robles.

Duración: tiempo variable de 20 a 30 minutos aproximadamente cada escala.

Aplicación: Adultos, desde 18 a 85 años; individual y en grupo.

Finalidad: Se evalúa, a partir de las situaciones que potencialmente generan estrés, la incidencia y la intensidad con que afectan en la vida de cada sujeto.

Área de Medición: Psicología Clínica y del desarrollo (estrés general, estrés en ancianos), Psicología Organizacional (Estrés en el trabajo) Psicología general (Estrés en conducción)

Validez: análisis factorial

Procedencia: TEA Ediciones, Madrid España 2001

Materiales: Manual normas de aplicación calificación e interpretación, cuadernillo de preguntas, hoja de respuestas

Calificación: puede hacerse manualmente con el empleo de las claves de calificación

Taller: Se realizó un taller en el mes de julio del 2016 con las cuidadoras primarias familiares en las instalaciones de la Asociación Grupo Ermita con el objetivo de transmitir conocimientos sobre técnicas y ejercicios de respiración y de relajación para reducir la ansiedad. Los recursos utilizados fueron material visual a través de proyecciones en power point, así como dinámicas para romper hielo y poner en práctica las técnicas impartidas.

2.04 Operacionalización de objetivos:

Objetivos /hipótesis	Definición conceptual categoría/variable	Definición operacional, indicadores	Técnicas/instr umentos
Identificar si existe estrés y ansiedad en las cuidadoras primarias de personas afectadas con Alzheimer.	Estrés: respuesta que el cuerpo de prepararse para hacer frente a una amenaza. (Rowshan, 2000, pág. 32). Ansiedad: reacción emocional subjetiva de tensión, temor, nerviosismo y preocupación. (Enciclopedia Libre Universal en Español, 2018).	Sudoración, agotamiento, nerviosos (rechinar dientes, morder uñas, agitar pies).	Técnica: observación y Test Psicométrico. Instrumento: Guía de observación, Test W. Zung y Test EAE.

Determinar los aspectos emocionales que manifiestan las cuidadoras primarias familiares.	Cuidador primario: persona que asiste a otra afectada con discapacidad o minusvalía (Reyes, 2011, pág. 1) Emoción: Alteración de ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática. (Real Academia Española, 2017)	Tristeza, depresión, llanto, insomnio, inapetencia, menosprecio, desesperanzado, irritable, inutilidad, indecisión.	Técnica: Test Psicométrico Instrumento: Test de W: Zung
Medir el nivel de estrés y ansiedad en las cuidadoras primarias familiares.	Estrés: respuesta que tienen el cuerpo de prepararse para hacer frente a una amenaza. (Rowshan, 2000, pág. 32). Ansiedad: reacción emocional subjetiva de tensión, temor, nerviosismo y preocupación. (Enciclopedia Libre Universal en Español, 2018)	Sudoración, agotamiento, hábitos nerviosos (rechinar dientes, morder uñas, agitar pies).	Técnica: Test Psicométrico Instrumentos: Test EAE (Escala de apreciación de Estrés) y Test W. Zung.
Implementar talleres de	Técnicas Conductual: Cognitivo Es una	Relajación y respiración,	Taller: Técnicas para

técnicas y técnica que trabaja con ejercicios de respuestas físicas, respiración para emocionales, cognitivas de reducir la carácter aprendido (Ruiz ansiedad Fernández, Díaz García, & Villalobos Crespo, 1987, pág. 33).

reducir la
Ansiedad.

.

Capítulo III

3. Presentación, interpretación y análisis de los resultados

3.01 Característica del lugar y de la muestra

Característica del lugar

El trabajo de investigación fue realizado en las instalaciones de la Asociación Grupo Ermita ubicado en la zona 1 de la ciudad de Guatemala, es una casa de habitación de construcción antigua con ambientes amplios que cuenta con oficina administrativa, salón de trabajo, sala de espera, clínica psicoterapéutica, salón de fisioterapia, clínica médica, biblioteca, bodega, dos baños, patio, cocina y un garaje en la parte frontal y en la parte de atrás hay un apartamento (uso ajeno a la institución). Esta institución es privada de derecho público, apolítica, no religiosa, no lucrativa y de servicio a la comunidad fundada el 26 de agosto en 1996, tiene como objetivo el atender y colaborar con ancianos, ancianos discapacitados y sobre todo personas afectadas con demencias, en especial Alzheimer y a sus familiares. Existe un grupo de apoyo terapéutico para los familiares y cuidadores en donde reciben terapias de grupo una vez por semana para mitigar el impacto de la enfermedad y el trabajo que conlleva. Cuenta con un programa de día de ocho horas diarias (8:00 am a 16:00 pm) de lunes a viernes para personas de la tercera edad de ambos sexos que estén padeciendo de algún tipo de demencia y que sus familiares no los pueden cuidar o necesitan apoyo. Paralelamente Grupo Ermita es el órgano informativo y divulgativo que lleva a sus asociados y familias que tengan en su hogar una persona con la enfermedad de Alzheimer o enfermedades relacionadas, las noticias más relevantes que a nivel mundial se vayan conociendo a través de Alzheimer Disease International (ADI). Informa a la población acerca de la enfermedad, sus características y formas para afrontarlas a través de conferencias, carreras, rifas, triviales y principalmente creó un diplomado en la universidad Galileo de seis meses con un contenido completo de temas primordiales para los cuidadores y familiares de personas afectadas con algún tipo de demencia, tiene el respaldo del Ministerio de Salud. La institución se sostiene únicamente de las donaciones que se recaudan a través de la junta directiva, miembros o simpatizantes.

Características de la muestra

La muestra atendida en la Asociación Grupo Ermita estuvo conformada por un grupo de 10 mujeres familiares de personas afectadas con Alzheimer, originarias de la ciudad de Guatemala, hablan el idioma español, comprendidas entre las edades de 50 a 78 años, con un nivel socio económico medio bajo, pertenecientes al área urbana de la ciudad de Guatemala, procedencia ladina, escolaridad con título a nivel medio a excepción de dos cuidadoras las cuales tienen título profesional a nivel licenciatura, religión católica en su mayoría. Antes de convertirse en cuidadoras de su familiar siete de ellas eran mujeres económicamente activas con un empleo formal realizando diversas labores en diferentes instituciones, mientras las tres restantes eran mujeres amas de casa dependientes económicamente de su conyugue. Siete mujeres del grupo de cuidadoras evaluadas mantienen una relación familiar de madre (enferma) – hija (cuidadora primaria), y el resto, que son tres están dentro de la categoría de conyugues esposo (enfermo) – esposa (cuidadora primaria). Un punto importante a tomar en cuenta para las cuidadoras primarias familiares es la enfermedad de su pariente, el apoyo médico y tratamiento, Centro de Atención Médica Integral al Pensionado, CAMIP, es una institución que brinda apoyo a cuatro de las cuidadoras para con el enfermo porque tienen chequeos constantes y tratamiento para su familiar, no así es el caso de seis cuidadoras porque se quedan en situaciones difíciles para obtener una cita médica, tratamiento y medicamentos, sobre todo por el alto valor que tiene el tratamiento de los pacientes de Alzheimer, un tratamiento asciende aproximadamente a Q3,000.00 mensuales. Grupo Ermita apoya con el tratamiento cuando le entran donaciones de medicina o cuando alguna cuidadora tiene medicamento extra lo comparte con cuidadoras, ya que les causa estrés y ansiedad el factor económico porque ésta enfermedad pega en la economía del hogar haciendo más difícil sobrellevar la situación del cuidado. Dado el tipo de enfermedad que es el Alzheimer el cien por ciento de las cuidadoras primarias familiares no mantienen una relación laboral, son apoyadas económicamente por el resto de familia o reciben una pensión o jubilación. Ellas viven solas con su familiar. En cuanto a religión el ochenta por ciento de las evaluadas manifestaron profesar la religión católica mientras que el veinte por ciento restantes se denominó cristianas evangélicas.

3.02 Presentación e interpretación de resultados

Gráfica N. 1

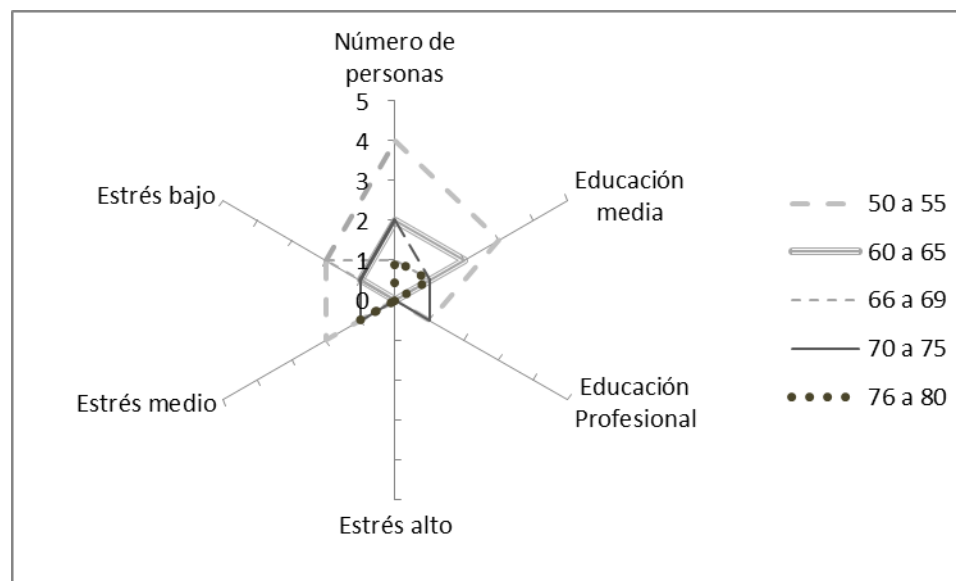
Test Zung



Fuente: Resultados del Test Zung, aplicado a cuidadoras primarias de familiares afectados con Alzheimer junio 2016.

Interpretación: El setenta por ciento de las cuidadoras primarias familiares evaluadas mostraron mantener un grado de ansiedad leve, éste grupo evidenció el efecto positivo que tiene el grupo de apoyo que funciona en la Asociación Grupo Ermita ya que las apoya con diferentes actividades terapéuticas y recreativas; ellas son constantes en las capacitaciones y actividades que se programan, esperan ese día porque pueden liberarse al compartir con otras mujeres que se encuentran en su misma posición y que las entienden porque han vivido situaciones similares con la enfermedad de su familiar, tienen una buena actitud para hacer cambios. A pesar de que existe un caso con ansiedad moderada, se considera un caso especial, ya que padece de otros problemas familiares que requieren de una atención especial. Dos de ellas evidenciaron no ansiedad, casos especiales porque las cuidadoras tienen apoyo parcial en el cuidado de su familiar, son responsables con ellas mismas y constantes en sus terapias de grupo. Prácticamente podemos decir que es inexistente la ansiedad.

GRÁFICA No. 2
Niveles de Estrés Test EAE

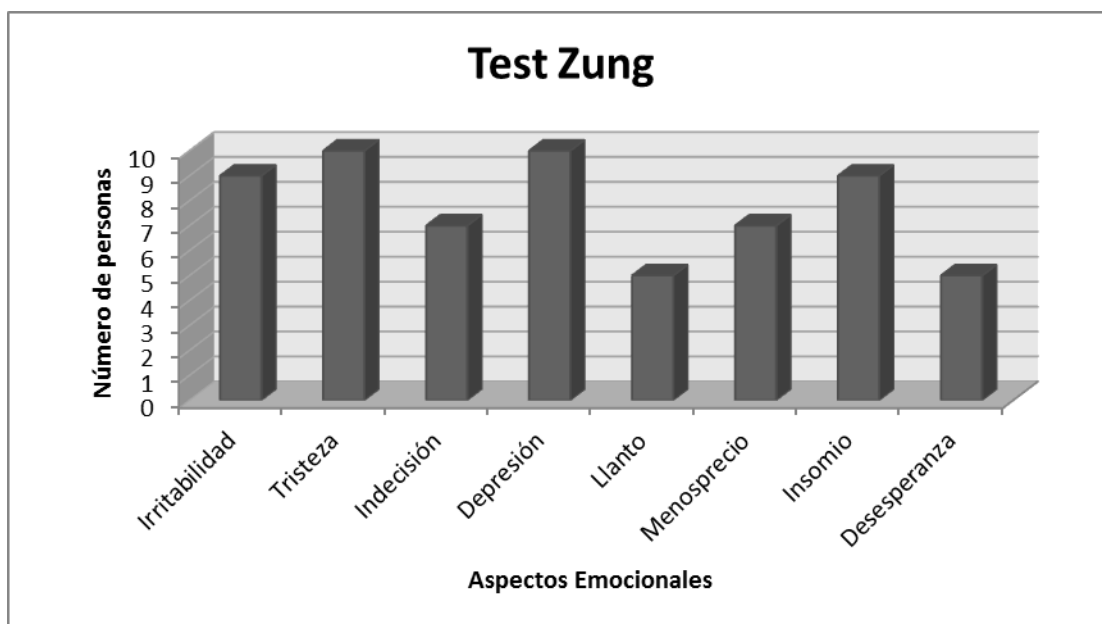


Fuentes: Resultados de Test EAE, aplicada a cuidadoras primarias familiares de personas afectadas con Alzheimer, sept. 2016

Interpretación: Después de aplicado el test de Escala de Apreciación del estrés se muestra que 40% de las cuidadoras primarias familiares se ve afectada por el entorno ya que le da un alto valor a los acontecimientos estresantes, considerándolos como amenazantes, agresivos y perturbadores, ellas manejan un estrés a nivel medio y su nivel académico es medio también. Esto no quiere decir que las personas que manejaron estrés bajo, 20%, no se vieron afectadas por los acontecimientos estresantes, por supuesto que solo la responsabilidad del cuidado de su familiar con Alzheimer es suficiente pero por ser profesionales cuentan con cierta solvencia económica que las ayuda a poder compartir esa responsabilidad. El otro 40% manejan bien el estrés diario que viven con su familiar, a pesar que el cuidado recae sólo en ellas porque se manifestaron con estrés bajo, ellas son muy constantes en Grupo Ermita, son muy responsables y se apoyan ente ellas mismas, su nivel de educación es medio.

GRÁFICA No. 3

Test W. Zung

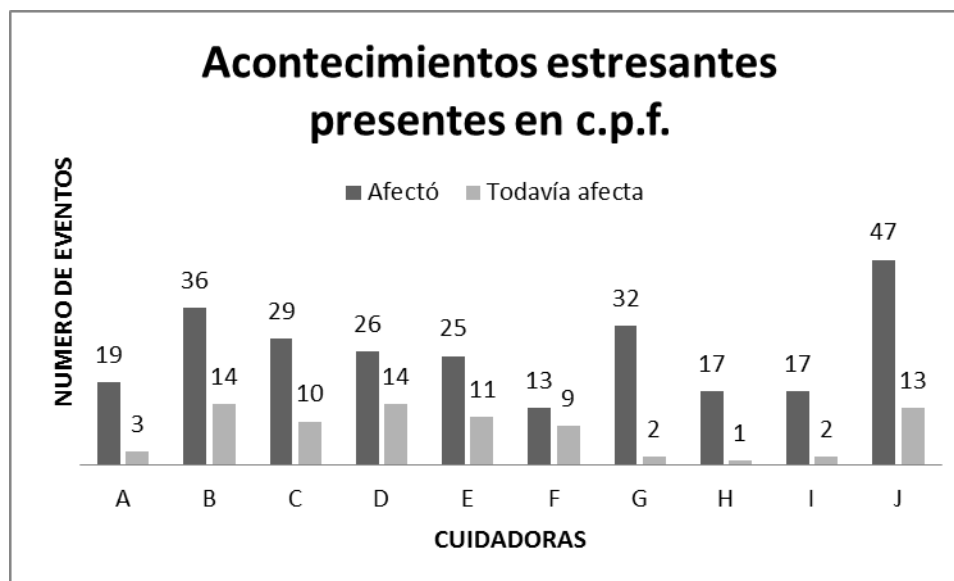


Fuente: Resultados del Test W. Zung , aplicado a cuidadoras primarias familiares, junio 2016.

Interpretación: Podemos darnos cuenta cuáles fueron los aspectos emocionales que se destacaron en los resultados del Test W. Zung. Encontramos que tanto la tristeza como la depresión acompañaron siempre a todas las cuidadoras, siguiendo la irritabilidad e insomnio en un 90%, es comprensible su irritabilidad ya que no tienen tiempo incluso para sus necesidades básicas como es el dormir. La indecisión y menosprecio se presentó en un 70%, es muy común que no se sientan apreciadas y valoradas porque la mayoría de ellas no se valora ni se ama a sí misma, manejando autoestima baja. Creen que igual es tomar una opción que otra ya que su futuro no va a variar notablemente. Saben que al ser familia estarán con la persona afectada de Alzheimer hasta la muerte. La desesperanza y llanto fueron los dos aspectos que en menor porcentaje se presentaron, pero están presentes en la mitad de las cuidadoras reflejando que afecta en su emocionalidad.

GRÁFICA No. 4

Test EAE



Fuente: Resultados del Test EAE aplicado a cuidadoras primarias familiares de personas afectadas con Alzheimer julio 2016.

Interpretación: Uno de los objetivos del Test EAE es conocer qué acontecimientos estresantes se han dado en la vida de las cuidadoras y si estos acontecimientos han dejado de afectarle o todavía afectan. A lo largo de la vida de cada una se dan muchas actividades, experiencias y situaciones que desencadenan estrés, ansiedad, nerviosismo y tensión pero no todos los agentes estresantes están presentes en la vida de cada cuidadora, ni afectan de la misma manera. Al contrario, la forma en que responden al estrés depende de la capacidad de afrontar y reaccionar de cada cuidadora primaria familiar. Se puede observar que a las cuidadoras, la mayoría de situaciones y acontecimientos estresantes han dejado de afectarles.

Cuadro No. 1
Resultados Consolidados de las diferentes pruebas

PACIENTE	TEST ZUNG	EAE	Afectó	No afecto	A. P.	A.N.P.
A	Ansiedad Leve	Estrés Bajo	19	34	3	16
B	Ansiedad Moderada	Estrés Medio	36	17	14	22
C	Ansiedad Moderada	Estrés Medio	29	24	10	19
D	Ansiedad Leve	Estrés Bajo	26	27	14	12
E	Ansiedad Leve	Estrés Bajo	25	28	11	14
F	Ansiedad Leve	Estrés Bajo	13	40	9	4
G	Ansiedad Moderada	Estrés Medio	32	21	2	30
H	Ansiedad Leve	Estrés Bajo	17	36	1	16
I	Ansiedad Leve	Estrés Bajo	17	36	2	15
J	Ansiedad Leve	Estrés Medio	47	6	13	34

Fuente: resultados consolidados de los Test W. Zung y Test EAE, acontecimientos estresantes que afectan actualmente y los que han dejado de afectar, los acontecimientos presentes (A.P) y los acontecimientos no presentes (A.N.P) sep.2016

Interpretación: Existe tendencia entre cada una de las diferentes pruebas realizadas, en el cuadro No 1 se observa como la ansiedad y el estrés se presentan en las cuidadoras en la misma intensidad o grado. En la mayoría existe estrés bajo (6) y su ansiedad es leve (7). Cuatro casos de estrés medio y su ansiedad es moderada. Estas cuidadoras manifestaron que ya no les afectan los acontecimientos pasados que les causaban estrés y que los presentes les afecta en un porcentaje bajo, como se aprecia en la gráfica anterior N. 4.

3.03 Análisis general

El deterioro cognitivo y funcional de la Enfermedad de Alzheimer produce un impacto significativo en la cuidadora primaria familiar, que al cabo de un año va permeando en su salud física y emocional. La teoría Cognitiva Conductual ayuda a desarrollar habilidades de afrontamiento que pueden ser útiles para manejar el estrés y la ansiedad, en ésta rama la terapia racional emotiva conductual TREC, es una psicoterapia creada por Albert Ellis y se enfoca en resolver problemas emocionales y conductuales mediante un modelo de intervención que encamina la reestructuración cognitiva; ayudó esta teoría a identificar aspectos emocionales y conductuales que las cuidadoras tenían. Se aplicaron diferentes pruebas, test William Zung y test de Escala de Apreciación de Estrés EAE, para establecer una relación entre la ansiedad y estrés en las cuidadoras primarias familiares de personas afectadas con Alzheimer, se encontró que prácticamente no hay ansiedad en ellas, los niveles son bajos.

La primera técnica realizada fue la de Observación, en donde se esperaba que las cuidadoras reflejarán su estado físico y emocional a través de ciertos criterios como: apariencia física (higiene, compostura, arreglo personal, sonrisa, cabello y piel sanos), lenguaje (vocabulario fluido, coordinación, claridad), hábitos (rechinar dientes, morder uñas, agitar pies, lamer labio, jugar con el pelo, manos frías, sudoración). Por medio de la guía de observación se determinó que ansiedad no hay.

Para determinar el nivel de estrés que las cuidadoras poseen por el cuidado de sus familiares de Alzheimer se utilizó el test de escala de apreciación de estrés, se considera que a lo largo de la vida se dan muchas actividades, desempeño de roles, vivencias, experiencias, situaciones que desencadenan cierto nivel de tensión y otros síntomas en las cuidadoras primarias familiares. Pero no todas las situaciones estresantes están presentes en la vida de cada cuidadora, ni afectan de la misma manera; al contrario, la respuesta al estrés es diferente dependiendo cómo reacciona cada persona. Las cuidadoras, después de iniciar el cuidado de su familiar, sufren cambios internos y externos con los cuáles tiene que convivir y manejar de la mejor forma, la adaptación a su nueva vida no es fácil ya que ellas son la parte sacrificada y que prácticamente deben renunciar a su vida personal para cumplir con su responsabilidad, más que todo responsabilidad moral.

Experimentan una mezcla de sentimientos que van desde el amor hasta el odio, de la realización a la frustración, de la alegría a la tristeza. El Test EAE arrojó datos importantes porque nos indican qué situaciones les produjeron y producen estrés a las cuidadoras y si todavía están presentes en su vida, algunas situaciones de ellas son por ejemplo deudas, cambio de residencias, problemas familiares, vivir solo, imprevistos, etc.

La herramienta utilizada para determinar el nivel de ansiedad fue el test de William Zung. El setenta por ciento de las cuidadoras primarias familiares evaluadas mostraron mantener un grado de ansiedad leve, éste grupo evidenció el efecto positivo que tiene el grupo de apoyo que funciona en la Asociación Grupo Ermita ya que las apoya con diferentes actividades terapéuticas y recreativas. El veinte por ciento manifestó ausencia de ansiedad, ellas han respondido muy bien al programa que les brinda Grupo Ermita y saben manejar su estrés. El uno por ciento ansiedad moderada, ella padece de otros problemas serios en su salud debido a problemas familiares. Con éstos resultados se puede decir que hay ausencia de ansiedad en las cuidadoras primarias y que no es la ansiedad el motivo que desencadena su deterioro físico y emocional.

Capítulo IV

4. Conclusiones y recomendaciones

4.01 Conclusiones

- Según los resultados obtenidos en la investigación y los criterios evaluados en la observación, las cuidadoras han sufrido efectos significativos en su vida, independientemente del estatus económico, edad, religión, relación familiar y escolaridad ya que la enfermedad de su ser querido impuso una gran cantidad de trabajo, sacrificios económicos y aceptar la realidad de que jamás volverá a ser la de antes.
- Frustración, indecisión, irritabilidad, desesperanza, inapetencia son aspectos emocionales que se encontraron en las cuidadoras primarias familiares y que se presentan irregularmente dependiendo de la etapa en que se encuentra su familiar enfermo.
- La ansiedad en las cuidadoras es leve, prácticamente no hay.
- Después de haber realizado las evaluaciones sobre el estrés en las cuidadoras primarias familiares a través del Test de Escala de apreciación del Estrés se concluye que no es significativo ni elevado su nivel, la Asociación se preocupa y ocupa de los familiares brindando apoyo emocional, físico y principalmente con el programa de día para su familiar con padecimiento de Alzheimer.

4.02 Recomendaciones

- A los cuidadores primarios familiares de personas afectadas con Alzheimer se les invita a involucrarse en actividades sociales, recreativas y deportivas para fortalecer su área emocional y física, recibiendo apoyo psicológico en las terapias grupales para mejorar su estado anímico y su capacidad para afrontar los desafíos con su familiar de ésta forma prevenir la ansiedad y el estrés.
- La Escuela de Ciencias Psicológicas debe considerar como centro de prácticas a la Asociación Grupo Ermita para cubrir la necesidad en el área emocional que hay tanto en los familiares como en los pacientes con demencias. Este lugar se mantiene con donaciones y es por eso que tienen limitados los recursos humanos.
- Cada nuevo cuidador de una persona afectada con Alzheimer que llegue a Grupo Ermita se le aplique el Test de Escala de Apreciación del Estrés para determinar si tiene eventos estresantes que aún no ha podido manejar y están latentes ya que la probabilidad de que sea un cuidador con estrés alto es segura si no ha recibido ningún tipo de asistencia.
- Las técnicas y ejercicios de respiración deben de implementarse en las actividades del grupo de apoyo psicoterapéutico de la Asociación Grupo Ermita.
- Difundir por redes sociales información para familiares y cuidadores en general sobre la importancia de la prevención de ansiedad y estrés.
- La investigación realizada evidenció que existen otros factores que afectan a los cuidadores primarios, como por ejemplo la frustración, tema que podría ser abordado para futuros trabajos de tesis y así enriquecer este documento.

4.03 Referencias

- Comín Anadon, E., & Gracia Galv  z, A. (1999). *El estrés y el Riesgo para la salud*. Madrid: MAZ.
- Devereux, G. (1989). *De la Ansiedad al Método en las Ciencias del Comportamiento*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Enciclopedia Libre Universal en Español. (26 de 1 de 2018).
enciclopedia.us.es/index.php/Enciclopedia_Libre_Universal_en_Espa%C3%B1ol.
 Recuperado el 18 de 2 de 2018, de
enciclopedia.us.es/index.php/Enciclopedia_Libre_Universal_en_Espa%C3%B1ol.
- Fish, S. (1990). *Enfermos de Alzheimer*. Madrid, España: Ediciones Mensajero.
- Fontana, D. (1989). *El control del Estrés*. Ciudad de México: El Manual Moderno.
- Grupo Ermita Alzheimer de Guatemala. (2003). *Modulo de capacitación a personal de centros de atención integral del adulto mayor*. Guatemala: Arte Impresos.
- Gwyther, L. (26 de Septiembre de 2004). alzheimeruniversal.eu/2012/03/02/etapas-en-el-progreso-de-los-sintomas-de-la-ea/. Recuperado el 3 de Diciembre de 2015
- Herber, J. (2002). *Estrés, El Cerebro y la Enfermedad Mental*. Madrid: BMJ.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. México DF: Mc Graw Hill.
- Hoskinson, L. (1996). *Enfermedad de Alzheimer*. Bogota: Norma.
- Hospitales NISA, Servicio de Neurohabilitación. (14 de Febrero de 2003). neurorhb.com/blog-dano-cerebral/sindrome-del-cuidador-como-cuidar-al-que-cuida/. Recuperado el 23 de Agosto de 2016
- Losyk, B. (2006). *Como vencer el Estrés*. Madrid: Urano.
- Mace, N., & Rabins, P. (2006). *Cuando el día tiene 36 horas*. México: Pax.
- Marquez , R. (2012). *Ansiedad, Estrés y Deporte*. Madrid: EOS.
- Mejor con Salud, Revista en Línea. (12 de 12 de 2010). mejorconsalud.com/4-tecnicas-para-combatir-el-estres-cronico. Recuperado el 20 de Agosto de 2016
- Mendez Baquero, R., Molina Díaz, E., & Yagüe Rodríguez, A. (2010). *Guía para Familiares de Enfermos de Alzheimer*. Madrid: Dirección General de Mayores.
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (1 de Octubre de 2015).
espanol.ninds.nih.gov/trastornos/demencias.htm. Recuperado el 5 de Noviembre de 2015,
[de espanol.ninds.nih.gov/trastornos/demencias.htm](http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/demencias.htm)
- Navarro, T. (2015). *Fortaleza Emocional*. Barcelona: Iberica.
- Puliti, A. (2000). *El Manejo del Estrés*. Buenos Aires: Kier.

- Real Academia Española. (31 de 12 de 2017). *dle.rae.es*. Recuperado el 19 de Febrero de 2018, de *dle.rae.es*.
- Revista Médica. (7 de Agosto de 2015). *revista-portalesmedicos.com/revista-medica/alzheimer-enfermedad-neurodegenerativa/*. Recuperado el 5 de noviembre de 2015
- Reyes, M. C. (2011). Envejecimiento de la Población en el Mercosur. *IV Reunión de Antropología Do Mercosul*, (pág. 1). Curitiba, Brasil.
- Rowshan, A. (2000). *El Estrés*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Ruiz Fernández, M., Díaz García, M., & Villalobos Crespo, A. (1987). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Madrid: Desclée.
- Trucco, M. (1998). Promoción de la salud mental en el ámbito Laboral. *Organización Panamericana de la Salud, Washinton DC*, única.
- Valdez, M. (1995). *El Estrés*. Madrid: Acento.

ANEXOS



Guía de observación para cuidadoras



Nombre: _____ **Edad:** _____

Criterio:

- Apariencia física.

Higiene _____ Compostura _____ Arreglo personal _____ Sonrisa _____

Cabello y pelo sano _____

- Lenguaje.

Vocabulario fluido _____ Coordinación _____ Claridad _____

- Hábitos.

Rechinar dientes _____ morder uñas _____ Agitar pies _____ Lamer labios _____

Jugar con el pelo _____ Sudoración _____

INSTRUCCIONES: Marque con una X en el espacio correspondiente las conductas que presenta el cuidador.



TEST DE W.W. ZUNG

PARA CUIDADORES PRIMARIOS



Conteste a las 20 preguntas marcando solo uno de los casilleros por cada ítem, según el siguiente criterio:

1. Muy poco tiempo/ Muy pocas veces/Raramente
2. Algún tiempo/ Algunas veces/ De vez en cuando
3. Gran parte del tiempo/ Muchas veces/ Frecuentemente
4. Casi siempre/ Siempre/ Casi todo el tiempo

	1	2	3	4
1 Me siento triste y deprimido/a.	☐	☐	☐	☐
2 Por las mañanas me siento peor que por las tardes.	☐	☐	☐	☐
3 Frecuentemente tengo ganas de llorar y, a veces, lloro.	☐	☐	☐	☐
4 Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche.	☐	☐	☐	☐
5 Ahora tengo menos apetito que antes.	☐	☐	☐	☐
6 Me siento menos atraído/a por el sexo opuesto.	☐	☐	☐	☐
7 Creo que estoy adelgazando.	☐	☐	☐	☐
8 Estoy estreñado/a.	☐	☐	☐	☐
9 Tengo palpitaciones.	☐	☐	☐	☐
10 Me canso por cualquier cosa, me quedo sin energías..	☐	☐	☐	☐
11 Mi cabeza no está tan despejada como antes.	☐	☐	☐	☐
12 No hago las cosas con la misma facilidad que antes.	☐	☐	☐	☐
13 Me siento agitado/a e intranquilo/a y no puedo estar quieto/a.	☐	☐	☐	☐
14 No tengo esperanza ni confianza en el futuro.	☐	☐	☐	☐
15 Me siento mas irritable que habitualmente. Me enfado con facilidad.	☐	☐	☐	☐
16 Encuentro difícil la toma de decisiones.	☐	☐	☐	☐
17 No me creo útil y necesario para la gente.	☐	☐	☐	☐
18 No encuentro agradable vivir, mi vida no es plena.	☐	☐	☐	☐
19 Creo que sería mejor para los demás que me muriera.	☐	☐	☐	☐
20 No me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban.	☐	☐	☐	☐

- < 35 ptos: No ansiedad;
 36-51 ptos: Ansiedad leve;
 52-67 ptos: Ansiedad moderada;
 > 67 ptos: Ansiedad Grave



TEST ESCALA DE APRECIACIÓN DEL ESTRÉS



INSTRUCCIONES

A continuación va a encontrar una serie de enunciados relacionados con acontecimientos importantes, situaciones de ansiedad, momentos tensos, de nerviosismo, de inquietud, de frustración, etc.

Ud. debe decirnos cuáles han estado o están presentes en su vida. Para ello, marcará con un aspa el **SÍ**, siempre que uno de estos acontecimientos se haya producido en su vida; de lo contrario, marcará el **NO**.

Sólo si ha rodeado el **SI**, señale en qué medida le ha afectado. Para ello marcará con una **X** el número que Ud. considere que representa mejor la intensidad con que le ha afectado, sabiendo que **0** significa nada, **1** un poco, **2** mucho, y **3** muchísimo.

En segundo lugar debe indicar además, si todavía le está afectando o si ya le ha dejado de afectar; en el primer caso, marcará la letra **A**; si le ha dejado de afectar o apenas le afecta marcará la letra **P**.

Ejemplo: Castigo innmercido

SÍ NO

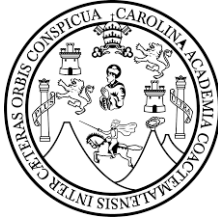
0 1 2 3 A P

ESPERE, NO DE VUELTA A LA HOJA HASTA QUE SE LE INDIQUE.
--



NO ESCRIBA NADA EN ESTE EJEMPLAR, Por favor conteste a todos los enunciados

1. Primer empleo.
2. Situación de paro, desempleo o jubilación anticipada.
3. Época de exámenes u oposiciones.
4. Cambio de ciudad o de residencia.
5. Búsqueda y / o adquisición de vivienda.
6. Deudas, préstamos, hipotecas.
7. Problemas económicos propios o familiares.
8. Estilo de vida y/o forma de ser.
9. Subida constante del coste de la vida.
10. Examen de preparación para sacar el carnet de conducir.
11. Día del examen teórico y / o práctico.
12. La primera etapa de conducción después de obtener el carnet de conducir.
13. Conducir por grandes ciudades desconocidas.
14. Conducir por tramos difíciles (puertos, montañas, desniveles..).
15. Conducir en caravana (con tráfico intenso y lento).
16. Los atascos urbanos.
17. Retención del tráfico (en carretera o entrada a puertos).
18. Retención del tráfico por control policial.
19. La conducción lenta de otros conductores.
20. Ir mucho tiempo por detrás de un vehículo que circula lento y no poder adelantarle por mucho tiempo.
21. Conducir por la noche.
22. Los viajes largos.
23. La ida y vuelta de vacaciones.
24. Conducir con mal tiempo (lluvia, nieblas, heladas).
25. Conducir durante muchas horas.
26. Adelantar a vehículos de gran longitud.
27. Verse implicado en un accidente.
28. Discusiones con el agente de tráfico.
29. No llegar a tiempo debido al tráfico (al trabajo, entrevista, cita..).
30. Que me detenga un agente de tráfico sin motivo aparente.
31. Llevar a personas que continuamente hacen observaciones y críticas a mi forma de conducir.
32. Que me griten y me llamen la atención.
33. La conducción de novatos e inexpertos.
34. Las faltas y malas pasadas de algunos conductores.



35. Que me impidan reiteradamente el adelantamiento.
36. Que no me cedan el paso y la preferencia.
37. Los adelantamientos de algunos automovilistas (motoristas, chuletas).
38. La conducción de algunos conductores (imprudentes, temerarios).
39. Que otros cometan infracciones delante de mí.
40. Que los peatones crucen por donde no deben o cuando no les corresponde
41. Salir de viaje los días clave (puente, festivos)
42. No encontrar un lugar para aparcar y tener que dar vueltas.
43. Conducir con un vehículo que no responda mecánicamente
44. Emancipación independencia de la familia.
45. Falta de apoyo o traición de los amigos.
46. Infidelidad propia o de la otra persona hacia mí.
47. Hablar en público.
48. Inseguridad ciudadana.
49. Situación socio-política del país
50. Preocupación por la puntualidad
51. Vivir solo
52. Dificultades en el lugar donde vivo
53. Preparación de vacaciones.



HOJA DE RESPUESTA EAE

APELLIDO Y NOMBRE _____

SEXO _____ EDAD _____

	SI	NO	Intensidad				Tiempo	
1	SI	NO	0	1	2	3	A	B
2	SI	NO	0	1	2	3	A	B
3	SI	NO	0	1	2	3	A	B
4	SI	NO	0	1	2	3	A	B
5	SI	NO	0	1	2	3	A	B
6	SI	NO	0	1	2	3	A	B
7	SI	NO	0	1	2	3	A	B
8	SI	NO	0	1	2	3	A	B
9	SI	NO	0	1	2	3	A	B
10	SI	NO	0	1	2	3	A	B
11	SI	NO	0	1	2	3	A	B
12	SI	NO	0	1	2	3	A	B
13	SI	NO	0	1	2	3	A	B
14	SI	NO	0	1	2	3	A	B
15	SI	NO	0	1	2	3	A	B
16	SI	NO	0	1	2	3	A	B
17	SI	NO	0	1	2	3	A	B
18	SI	NO	0	1	2	3	A	B
19	SI	NO	0	1	2	3	A	B
20	SI	NO	0	1	2	3	A	B
21	SI	NO	0	1	2	3	A	B
22	SI	NO	0	1	2	3	A	B
23	SI	NO	0	1	2	3	A	B
24	SI	NO	0	1	2	3	A	B
25	SI	NO	0	1	2	3	A	B
26	SI	NO	0	1	2	3	A	B
27	SI	NO	0	1	2	3	A	B

Número de Sí

	SI	NO	Intensidad				Tiempo	
28	SI	NO	0	1	2	3	A	B
29	SI	NO	0	1	2	3	A	B
30	SI	NO	0	1	2	3	A	B
31	SI	NO	0	1	2	3	A	B
32	SI	NO	0	1	2	3	A	B
33	SI	NO	0	1	2	3	A	B
34	SI	NO	0	1	2	3	A	B
35	SI	NO	0	1	2	3	A	B
36	SI	NO	0	1	2	3	A	B
37	SI	NO	0	1	2	3	A	B
38	SI	NO	0	1	2	3	A	B
39	SI	NO	0	1	2	3	A	B
40	SI	NO	0	1	2	3	A	B
41	SI	NO	0	1	2	3	A	B
42	SI	NO	0	1	2	3	A	B
43	SI	NO	0	1	2	3	A	B
44	SI	NO	0	1	2	3	A	B
45	SI	NO	0	1	2	3	A	B
46	SI	NO	0	1	2	3	A	B
47	SI	NO	0	1	2	3	A	B
48	SI	NO	0	1	2	3	A	B
49	SI	NO	0	1	2	3	A	B
50	SI	NO	0	1	2	3	A	B
51	SI	NO	0	1	2	3	A	B
52	SI	NO	0	1	2	3	A	B
53	SI	NO	0	1	2	3	A	B

Puntuaciones en Intensidad

En A

Total

En P

En A

Total

En P



PLAN TALLER PARA CUIDADORES PRIMARIOS FAMILIARES DE PERSONAS AFECTADAS CON ALZHEIMER



Objetivo	Contenido	Actividades	Recurso	Evaluación
*Transmitir conocimientos sobre el manejo adecuado de estrés y ansiedad. *Implementar técnicas y ejercicios de respiración para reducir la ansiedad y el estrés.	Técnicas y ejercicios de respiración.	*Bienvenida *Exposición de diapositivas sobre el tema *Repartir documento para las cuidadoras. *Despedida	Materiales: *Salón *Cañonera *Computadora *Mesa *Sillas Humanos: *Investigadora *Cuidadoras	*Asistencia *Participación