

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

MORÓN

Educar los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer es parte de la rehabilitación integral

Autores:

María Dolores Mondéjar Barrios¹, Grisby Julieta Junco Martínez², Nasabi Hernández Martínez.³

1. Profesora asistente, Investigadora agregada, Master en urgencias médicas.
2. Profesora Instructora, Master en asesoramiento genético.
3. Profesora Instructora, Master en asesoramiento genético.

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención educativa pre-experimental de tipo antes-después a cuidadores de ancianos con demencia de alzheimer del área norte de Morón, de septiembre del 2009 a enero del 2011, con el objetivo de elevar el nivel de conocimientos de los cuidadores de pacientes con Enfermedad de Alzheimer sobre el manejo de esta enfermedad mediante la aplicación de una estrategia de intervención educativa. El universo estuvo constituido por 45 cuidadores; se seleccionó una muestra aleatoria de 40. Predominaron los cuidadores de 50 a 59 años; sexo femenino; amas de casa como ocupación anterior y la mayoría tenían vínculos

consanguíneos con los enfermos. Se evaluaron antes y después de la intervención los conocimientos sobre qué hacer ante un cuadro de agitación o agresividad en el anciano, la frecuencia de alimentación en el anciano, sobre cómo comunicarse con el anciano que tiene demencia, la frecuencia de bañar al anciano y cómo manejar la incontinencia urinaria y fecal. Al concluir la intervención, se comprobó que los cuidadores elevaron el nivel de conocimientos sobre los temas tratados.

PALABRAS CLAVE: INTERVENCIÓN, CUIDADORES, ANCIANO, DEMENCIA.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Alzheimer se ha convertido en un problema creciente en el orden médico, social y económico, pues después de los 65 años la probabilidad de presentarse se duplica cada 5 años en que se avanza en edad, y a los 85 años se aproxima a un 50 %. (1,2)

Representa además la crisis más significativa desde el punto de vista social y sanitario en el siglo XXI y los costos globales del cuidado de las demencias el pasado año se estimaron en 604 billones de dólares anuales, sin embargo el mayor costo es el humano. Se calcula a nivel mundial 36 millones de afectados con demencia que llegará a 115,4 millones en el 2050, en Latinoamérica unos 3,5 millones de personas viven con esa patología, más de 6 millones en Norteamérica, 5 millones en Europa, entre 8 y 10 millones en Asia. (3,4)

En Cuba se han realizado estudios epidemiológicos en varios municipios de La Habana, muestran una prevalencia de síndrome demencial entre 8,2 y 11,2 %; y corresponde a la enfermedad de Alzheimer 5,5 %.

Se espera que para el 2020 existan el doble de pacientes afectados por la enfermedad y en el 2040 alrededor de 350 000 de afectados con esta afección. (5,6)

Esta entidad requiere de cuidados sistemáticos pero por lo general los cuidadores no están preparados para tan compleja y prolongada función, entonces debemos orientarlos adecuadamente acerca de la evolución y el pronóstico de la enfermedad. (7,8)

Todo lo anterior nos motivó a realizar una estrategia de intervención educativa a los cuidadores de pacientes con Enfermedad de Alzheimer para elevar su nivel de conocimientos en el manejo de estos pacientes y así mejorar la calidad de vida del anciano y evitar el agotamiento del cuidador.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de intervención educativa pre experimental (antes- después) en el Área Norte de Morón en el período comprendido de septiembre del 2009 a enero del 2011 con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento de los cuidadores de pacientes con Enfermedad de Alzheimer sobre su manejo. El universo de estudio fue de 45 cuidadores; una muestra de 40, incluyéndose los que cuidan a pacientes con enfermedad de Alzheimer y estén con voluntad de participar en la investigación, y de exclusión los que cuidan pacientes con demencias por otras causas; y los que no están dispuestos a participar. Los datos se recolectaron a través de una encuesta, la cual se aplicó nuevamente después de la intervención para evaluar el impacto de la misma. Como medida de resumen de la información se utilizó el porcentaje. Se hizo una entrevista individualizada domiciliaria. El muestreo fue aleatorio simple. Los resultados se expresaron en tablas las que se analizaron en correspondencia con los objetivos propuestos para emitir las conclusiones.

Conceptualización y operacionalización de variables:

Variable dependiente:

-Nivel de conocimiento: la adquisición a través de este trabajo tenía relación con el manejo de los pacientes con Enfermedad de Alzheimer.

Variable independiente:

Intervención educativa: Sistema de actividades para lograr un nivel elevado de conocimientos que logre mejorar el manejo de los pacientes con demencia de Alzheimer.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la tabla # 1 se muestra que hubo un predominio de cuidadores entre los 50 a 59 años de edad para un 67.5 % y el 95.0 % eran del sexo femenino e (Tabla # 2) , por lo general según estudios revisados, en distintos países el mayor porcentaje de cuidadores son mujeres, pues ellas en su mayoría excluyen a esposos y otros familiares impidiendo que esto compartan la responsabilidad por el cuidado; resultados similares obtuvo en su estudio sobre el estrés en cuidadores de un familiar dependiente Otero H.(9,10)

En la tabla # 3 de acuerdo a la ocupación que tenían los cuidadores antes esta labor con el anciano predominó las amas de casa para un 82.5 %. Pensamos que esté relacionado con el tiempo que hay que dedicar al cuidado de un enfermo con Demencia de Alzheimer que es alrededor de 10 a 12 horas diarias por lo que se hace imposible para el que trabaja, lo mismo opinan en sus estudios Fernández Castillo y sus colaboradores.(11)

En la tabla # 4 según el grado de consanguinidad o no de los cuidadores con el enfermo, la mayor parte correspondió a los consanguíneos en un 90 % de los casos, pues casi todos estos enfermos tenían familia y eran amas de casa; esto resultados coinciden con la bibliografía consultada(11)

En la tabla # 5 podemos ver que antes de la intervención educativa el 90.0 % no sabían que conducta tomar en un estado de agitación o agresividad del enfermo demente; pero después de la actividad educativa mejoró su conocimiento en el 100.0 % porque se le orientó que se deben proponer tareas, brindar temas de conversación o acudir al psiquiatra para ponerle tratamiento con neurolépticos a bajas dosis fundamentalmente la tioridazina que se utilizan en estas situaciones. (12, 13,14)

En la tabla # 6 se muestra que en el conocimiento de los cuidadores sobre la frecuencia de la alimentación del anciano el 70.0 % antes de la intervención refería 2 comidas al día y después de la misma el 87.5 % expresó que tres comidas al día era lo correcto, ya que la desnutrición en el anciano es fuente de fragilidad y pueden aparecer un mayor número de complicaciones y peor

pronóstico de las enfermedades. (15,16)

En la tabla # 7 se aprecia que antes de la técnica educativa el 92.5 % no sabían cómo debe ser la comunicación con un paciente con demencia, pero después el 95.0 % mejoró su conocimiento

El lenguaje para dirigirse al enfermo debe ser con frases cortas y sencillas, que sintetizen acciones determinadas con un tono de voz pausado y suave, puede pedírsele en dependencia de la etapa de la enfermedad que nombre objetos o lugares para estimular su relación con el medio. El lenguaje extraverbal y las caricias expresan sentimientos que captan los enfermos, que brinda confianza y deben ser orientados. (17,18)

En la tabla # 8 se observa los conocimientos que tenían los cuidadores en cuanto a la frecuencia con que se debe bañar el anciano, un 70.0% respondió antes de la intervención que no debe ser diaria pero posteriormente el 100.0 % expresó que lo correcto es diario. Dentro de los aspectos importantes en el cuidado de pacientes dependientes está la adecuada higiene incluyendo baño diario, cuidado de las uñas, limpieza bucal y afeitado para prevenir complicaciones como infecciones y lesiones en piel. (19)

En la tabla # 9 al evaluar los conocimientos de acuerdo a cómo manejar la incontinencia urinaria y fecal; antes se desconocían las mismas en un 65.0 % y después se logró un mayor conocimiento en el 95 % de ellos.

Se recomienda llevar al paciente al baño y estimular la micción cada 2 o 3 horas, facilitar el acceso al servicio sanitario o brindarle un orinal, cuñas sanitarias o patos. El uso de sondas vesicales por complacencia está contraindicado por los riesgos de sepsis urinaria o peligro de traumas, estas deben ser indicadas ante condiciones que justifiquen su colocación.

La incontinencia fecal es un gran problema, deben saberse sus causas, que muchas veces están relacionadas con malos hábitos de alimentación, por comer a deshora y sin control, enfermedades parasitarias o infecciosas, la llamada diarrea paradójica asociada a la constipación y el abuso de laxantes, entre otras causas. El tratamiento particular de cada causa, así como crear

hábitos de defecación, evitar el encamamiento prolongado y uso de enemas evacuantes adecuados podrán ayudar a resolver ese problema. (20)

CONCLUSIONES

- Los cuidadores con la intervención educativa tuvieron el conocimiento de que ante la agresividad en el anciano hay que proponerles tareas o llevarlo a la consulta del psiquiatra para un tratamiento medicamentoso.
- Los participantes en la intervención reconocieron que el adulto mayor debe alimentarse con las tres comidas principales.
- Quedó establecido cómo debe ser la comunicación y el lenguaje a utilizar en el adulto mayor con demencia.
- La totalidad de los participantes conocieron y comprendieron la importancia del baño diario.
- Los cuidadores conocieron las medidas para el manejo de la incontinencia urinaria y fecal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez JF. Aspectos demográficos del envejecimiento. Fundamentos de medicina. Geriatria. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas. 2006; 3-8.
2. Hoskin I, Kaleche A, Mende S. Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. Rev.Panam salud publica.2005; 17(5-6)
3. LLibre Rodríguez. Usted puede prevenir la enfermedad de Alzheimer.La Habana: Editorial científico técnica; 2009.
4. Matarama M, Llanio R, Muñiz P, Quintana C, Hernández R,Vicente .Afecciones comunes en el adulto mayor. Síndrome Demencial.En: Matarama M .La Habana: Editorial Ciencias Medicas; 2007.p.690.
5. Hernández K.Uso de servicios de salud en los adultos mayores de Ciudad de La Habana.Trabajo para optar por el titulo de Especialista de Primer Grado en Gerontología y Geriatria. Ciudad de la Habana.2006.
6. Larson B.The rising tide of dementia worldwide.vol 372,2008.Disponible en: www.thelancet.com.
7. López J. efecto positivo de un estresor crónico. El cuidado de enfermos con demencia, Facultad de Psicología Universidad Complutense de Madrid, www.psiquiatria.es.com congreso. (Visitado el 10 de mayo del 2010).
8. Lara Pérez L. Síndrome del cuidador en una población atendida por equipo multidisciplinario en atención geriátrica. Rev. Cubana enfermería 2001; 17(2):107-111.
9. Otero Martínez H. El estrés del cuidador primario, familiar de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. La Habana: Universidad de la Habana; 2000.
10. Pino Roca M. La sobrecarga del cuidador, [www.medicaterragona.es/aula/neuropsicología/la-sobrecarga-del cuidador-](http://www.medicaterragona.es/aula/neuropsicología/la-sobrecarga-del-cuidador.html)html.(Visitado el 19 de septiembre de 2003)

11. Fernández Castillo R. Amate F. Necesidades asistenciales de los familiares de paciente con demencia senil, http://personal.telefónica.terra.es/Web/enfermería_avanzada/home/html.(Visitado el 12 de agosto de 2003 y el 19 de septiembre de 2003).
- 12.Roca R. Síndrome demencial. En: Roca R 4th ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2002.p.545-552.
13. Kasper H, Braunwald and Harrison: Principles of Internal Medicine, 16 ed.; 2008.
14. Marcheco B, López M, EsteveY: Enfermedad de Alzheimer: manual para el médico, el trabajador social y la familia casa editorial abril, la Habana; 2006.
15. Martínez Gómez C. La familia. Salud familiar. Ed. Científico técnica, La Habana; 2003
16. Navarro D, Lugones M, Fontaine Y. factores Biológicos y sociales en la mujer de edad mediana. Experiencia en la atención primaria. Rev. Ecuatoriana Obstet. 2005; 11(2).
17. Berdonces Serra JL. El gran libro de la salud. Editorial Océano. Barcelona; 2007.
18. López Martínez J. Efectos positivos de un estresor crónico. El cuidado de enfermos con demencia;Facultad Psicología.Universidad Complutense de Madrid; www.psiquiatria.es.com/congreso(Visitado el 10 de mayo de 2003).
19. Rodríguez Gómez G; Javier Gil Flores y Eduardo García Jiménez: Metodología de la investigación cualitativa, Editorial Aljibe, S.L; 1999.
20. Sayeg Doença de Alzheimer; Guía de Cuidador; Norton Sayeg, Sao Paolo; 1991; pp.185-187

ANEXOS

Tabla 1. Distribución de cuidadores según grupos de edad.

Grupos de edad	No	%
30-39	1	2.5
40-49	7	17.5
50-59	27	67.5
60-69	5	12.5
70 y más	0	0.0
Total	40	100.0

Tabla 2. Cuidadores según el sexo.

Sexo	No	%
Femenino	38	95.0
Masculino	2	5.0
Total	40	100.0

Tabla 3: Ocupación de los cuidadores antes de su labor actual.

Ocupación	No	%
Ama de casa	33	82.5
Jubilado	5	12.5
Universitario	1	2.5
Técnico medio	1	2.5
Total	40	100.0

Tabla 4. Caracterización de cuidadores según consanguinidad o no con el enfermo.

Consanguinidad	No	%
consanguíneos	36	90.0
no consanguíneos	4	10.0
Total	40	100.0

Tabla 5. Conocimientos sobre qué hacer ante un cuadro de agitación psicomotora o agresividad.

Conocimientos sobre qué hacer ante la agresividad.	Antes		Después	
	No	%	No	%
Sí	4	10.0	40	100.0
No	36	90.0	0	0.0
Total	40	100.0	40	100.0

Tabla 6. Conocimiento sobre la frecuencia de alimentación en el anciano.

Conocimientos sobre la frecuencia alimentaria	Antes		Después	
	No	%	No	%
Dos comidas principales	28	70.0	5	12.5
Tres comidas principales	12	30.0	35	87.5
Total	40	100.0	40	100.0

Tabla 7. Conocimientos de cómo comunicarse con el adulto mayor que tiene demencia.

Conocimientos de cómo comunicarse	Antes.		Después.	
	No	%	No	%
Sí	3	7.5	38	95.0
No	37	92.5	2	5.0
ToTal	40	100.0	40	100.0

Tabla 8. Conocimientos respecto a la frecuencia con que se debe bañar al anciano.

Conocimientos sobre la frecuencia del baño	Antes.		Después.	
	No	%	No	%
Diaria	12	30.0	40	100.0
No diaria	28	70.0	0	0.0
Total	40	100.0	40	100.0

Tabla 9. Conocimientos sobre cómo es el manejo de la incontinencia urinaria y fecal.

Conocimientos sobre el manejo de la incontinencia urinaria y fecal.	Antes		Después	
	No	%	No	%
Sí	14	35.0	38	95.0
No	26	65.0	2	5.0
Total	40	100.0	40	100.0