



UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO" DE MANABÍ



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Tesis de grado:

Previo a la obtención del título mención Psicólogo Clínico.

TEMA:

Impacto en el adulto mayor que padece Alzheimer y el deterioro psicológico de la familia en la fundación Cottolengo, Manta 2014.

PROPUESTA:

Implementar programas de prevención y promoción de la salud mental para los familiares de adultos mayores que padecen la enfermedad de Alzheimer, Manta 2014.

AUTORA:

Melania Moreira López

DIRECTOR DE TESIS:

Dr. Mero Jhon

Manta 2014

CERTIFICACIÓN

Certifico haber dirigido, asesorado y revisado el trabajo de investigación de la Sra. Melania del Rocío Moreira López, con el tema: Impacto en el adulto mayor que padece Alzheimer y el deterioro psicológico de la familia en la fundación Cottolengo, Manta 2014.

El presente informe de investigación reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador.

AUTORIZO LA PRESENTACIÓN DEL MENCIONADO TRABAJO PARA LA DEFENSA PRIVADA Y APROBACIÓN RESPECTIVA.

DIRECTOR DE TESIS

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Dejo constancia, que el presente trabajo de investigación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica, así como los resultados y conclusiones del mismo son de exclusiva responsabilidad de la autora cuyo tema es: Impacto en el adulto mayor que padece Alzheimer y el deterioro psicológico de la familia en la fundación Cottolengo, Manta 2014.

Melania del Rocío Moreira López

130260428-3

TRIBUNAL DE GRADO

TEMA:

“Impacto en el adulto mayor que padece Alzheimer y el deterioro psicológico de la familia en la fundación Cottolengo, Manta 2014.”

Sometida a consideración del tribunal calificador de la Facultad de Psicología de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, como requisito para la obtención del título de Psicóloga Clínica, se declara:

APROBADO

Dr. Oswaldo Zambrano Q.

Decano de Facultad

Profesor Miembro

Secretaria

DEDICATORIA

Esta tesis va dedicada a Dios todo poderoso el creador de mi vida y de mis metas. Todo el esfuerzo por mis hijas y esposo, a quien les debo quien soy. A mi madre y hermanos que siempre me apoyaron para culminar mi carrera.

Para obtener un logro nunca se llega solo, si no hubiera sido por el apoyo de mi familia nunca lo hubiera logrado.

AGRADECIMIENTO

Dedico este agradecimiento a:

Dios por haberme proporcionado salud y sabiduría y poder alcanzar esta meta, la que representa crecimiento profesional de psicología clínica.

Mi familia, por su apoyo y paciencia, y acompañamiento incondicional en los momentos más difíciles de mi carrera.

A mi compañera Tatiana Delgado por haberme apoyado durante mi formación.

A mi profesora Dra. Katty Villavicencio por haber confiado en mí, y haberme apoyado en toda mi carrera Universitaria.

A todos, mis profesores doy gracias por haber alcanzado el conocimiento Profesional.

Al director de mi tesis Dr. Jhon Mero, por su paciencia y apoyo.

Los cuidadores familiares de pacientes con enfermedad de Alzheimer, por haberme permitido compartir sus experiencias en fundación Cottolengo de Adultos mayores, darme esa apertura en el campo profesional, para realizar esta tesis de grado.

TABLA DE ÍNDICE

CERTIFICACIÓN.....	I
DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD	II
TRIBUNAL DE GRADO	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
TABLA DE ÍNDICE.....	VI
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I. EL PROBLEMA.....	3
1.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.2.1.- Contextualización.....	3
1.2.2.- PREGUNTAS DIRECTRICES	4
1.2.3.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	5
1.2.4.- DELIMITACIÓN	6
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	6
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
1.3. JUSTIFICACIÓN	8
CAPITULO II.	9
2.- MARCO TEÓRICO	9
2.1.- ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	9
2.2.- FUNDAMENTACION FILOSOFICA.....	9
2.3 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	10
2.3.1 ALZHEIMER.....	10
2.4 FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	23
2.5.- SEÑALAMIENTO DE LAS VARIABLES	25
2.5.1.- Variable independiente.....	25
2.5.2.- Variable dependiente.....	25
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	26
3.1 TIPOS O NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN	26
3.1.1 MÉTODOS.....	26
3.1.2 TÉCNICAS.....	27
3.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y TAMAÑO	32

3.2.1 POBLACIÓN	32
3.2.2 MUESTRA	32
3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	33
3.3. 1. VARIABLE INDEPENDIENTE.....	33
3.4 RECURSOS	33
3.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	34
3.6 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	35
CAPITULO IV:.....	36
4.1 ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	36
CAPITULO V	47
5.1 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	47
5.2 LOGROS DE OBJETIVOS.	47
CAPÍTULO VI.....	48
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	48
6.1. CONCLUSIONES	48
6.2. RECOMENDACIÓN.....	49
CAPITULO VII.....	50
7.1 PROPUESTA.....	50
7.2 DATOS INFORMATIVOS	50
7.3 INTRODUCCION.....	51
7.4 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	51
7.5 OBJETIVOS.....	52
7.6 JUSTIFICACIÓN	52
7.7 FUNDAMENTACION	53
7.8 METODOLOGÍA- PLAN DE ACCIÓN	53
7.9 PLAN DE TRABAJO	54
7.10 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN	57
BIBLIOGRAFÍA.....	58
ANEXO # 1	63
ANEXO # 2	66
ANEXO # 3	67
ANEXO # 4	70
ANEXO # 5	71
ANEXO # 6	74
ANEXO # 7	75

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es una etapa de la evolución normal de la vida que produce cambios físicos y cognitivos. El propósito de esta investigación es abordar la enfermedad del Alzheimer.

La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia, es incurable y terminal, que aparece con mayor frecuencia en personas mayores de sesenta y cinco años de edad. Los síntomas son: pérdida de memoria consecutiva, desorientación temporal-espacial, dificultades en el cálculo y ausencia de la conciencia de tener la enfermedad hasta ocasionar un deterioro de la calidad de vida del paciente.

Es importante mencionar la enfermedad del Alzheimer que no solamente afecta al adulto mayor sino también a la familia ya que el diagnóstico de su familiar paciente es el principal evento estresante que en algunos casos se inicia con una respuesta adaptativa que los lleva a una nueva situación de salud-enfermedad.

El diagnóstico puede tener también un severo impacto sobre la familia ya que la enfermedad del Alzheimer desequilibra la dinámica familiar alterando la calidad de vida de sus miembros y en especial del cuidador principal ya que es en el que va recaer la responsabilidad de tener una persona dependiente, y esto puede ser modificado con el apoyo social y psicológico.

La presente tesis consta de los siguientes capítulos:

En el Capítulo I: Se plantea el problema que es como la enfermedad afecta al núcleo familiar. Se ha delimitado de manera espacial en la fundación Cottolengo del cantón manta durante el año 2013 – 2014. El objetivo que se propuso fue analizar el impacto.

El capítulo II aborda el marco teórico desde las perspectivas de las investigaciones sobre el Alzheimer en el contexto macro-meso y micro así como un abordaje a los principales problemas que presenta la familia.

Capítulo III describe la utilización del método deductivo e inductivo, descriptivo; Investigación de campo pues se acudió al lugar para poder recabar información de fuentes primarias, la investigación cualitativa porque mediante los conceptos de las variables se ha podido llegar a la parte cualitativa que permitió analizar datos sobre los reactivos tomados.

En el capítulo IV se aborda el análisis y la interpretación de los resultados obtenidos de los instrumentos psicológicos aplicados tales como el MINIMENTAL TEST, escala de preferir, test del reloj, y las entrevistas a los familiares.

El capítulo V se encarga de comprobar los logros de los objetivos.... y la hipótesis que consiste en

Las conclusiones y recomendaciones se explican en el capítulo VI. Se incluye una propuesta titulada “Implementar programas de prevención y promoción de la salud mental para los familiares de los adultos mayores que padecen la enfermedad de Alzheimer”.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 TEMA

Impacto en el adulto mayor que padece Alzheimer y el deterioro psicológico de la familia en la fundación Cottolengo, Manta 2014.

1.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1.- Contextualización

Macro

La Organización Mundial de la Salud (2013) estima que, más de 106 millones de personas padecerán del mal Alzheimer en el año 2050, según un estudio realizado por la universidad Johns Hopkin en Baltimore que indica que en el 2006, más de 26 millones de personas padecían de Alzheimer en el mundo, las conclusiones de esta investigación, que señalan la presencia de este trastorno neurodegenerativo que se cuadruplicará en la mitad de este siglo, se ha hecho pública durante la segunda conferencia internacional sobre prevención de la demencia por la asociación Alzheimer que se realizó en Washington, Estados Unidos 2013.

Meso

Rodríguez. Organización Panamericana de Salud (2013), el informe mundial sobre esta enfermedad prevé que, si 35 millones de personas sufren este mal en el mundo, la cifra podría multiplicarse por tres en las próximas décadas. Ello preocupa a expertos latinoamericanos, donde un 7% de los mayores de 60 años en Chile, Argentina, y Uruguay sufre de esta enfermedad.

El Centro internacional de neurociencia (2013) considera la causa más común de demencia en personas mayores a los 65 años es la enfermedad de Alzheimer (E.A) es un problema de salud pública mundial, debido a su impacto en los pacientes, familiares y sociedad y sistema de salud en el Ecuador la demencia y la EA no ha sido estudiada, actualmente no existen datos epidemiológicos acerca de la prevalencia, incidencia, y factores de riesgo de esta enfermedad.

Micro

Hay un estudio que realizó el Centro Internacional de Neurociencia sobre prevalencia, factores de riesgo de demencia, enfermedad de Alzheimer en el Ecuador cuyo objetivo principal es investigar y conocer los factores de riesgo y la prevalencia de la demencia y la enfermedad de Alzheimer en este país.

La Fundación Cottolengo del cantón Manta, se autodefine como un centro con personas con enfermedades terminales, donde los adultos mayores que se encuentran en situaciones degenerativas reciben atención oportuna y en forma integral, aquí se encuentran adultos mayores que padecen la enfermedad de Alzheimer.

1.2.2.- PREGUNTAS DIRECTRICES

- ¿Qué malestar psicológico genera a la familia del adulto mayor afectado por el Alzheimer?
- ¿Cuáles son los síntomas principales de la enfermedad de Alzheimer?
- ¿Cuál es la dinámica familiar de los adultos mayores con la enfermedad de Alzheimer?

- ¿Cuáles son los efectos psicológicos en los cuidadores principales de enfermos con Alzheimer?
- ¿La depresión es consecuencia de los cuidados al adulto mayor con Alzheimer?

1.2.3.- FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El hecho de que las personas que padecen la Enfermedad de Alzheimer se enfrenten diariamente a la pérdida progresiva de la capacidad para llevar a cabo las actividades habituales de la vida cotidiana, tiene un efecto importante sobre la calidad de vida de sus familiares alterando todos sus ámbitos en que se desenvuelve y que en ocasiones la familia no sabe enfrentar y convivir con la enfermedad.

Si bien muchos pacientes con enfermedad de Alzheimer viven en geriátricos la mayoría son cuidados por sus familias en el seno de la comunidad. A medida que los pacientes se hacen menos independientes, recae una mayor responsabilidad sobre el cuidador, quien a su vez está expuesto a un alto riesgo de enfermedades físicas y psicológicas. Estos efectos adversos sobre los cuidadores pueden acelerar la internación de los pacientes en instituciones geriátricas.

¿Cuál es el “Impacto psicológico en la familia del adulto mayor que padece Alzheimer?”

1.2.4.- DELIMITACIÓN

1.2.4.1.- DELIMITACIÓN DE CONTENIDOS

CAMPO: Psicología Clínica

AREA: Neuropsicología

ASPECTO: Psicológico

1.2.4.2. DELIMITACIÓN ESPACIAL

Fundación Cottolengo en el cantón Manta en el año 2013-2014.

1.2.4.3. DELIMITACIÓN TEMPORAL

La investigación se realizó en Enero-Mayo 2014.

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar el impacto en el adulto mayor que padece Alzheimer y el deterioro psicológico de la familia, en Cottolengo (Estadía larga).

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Explicar el concepto de Alzheimer y sus complicaciones en el manejo de la enfermedad por parte del familiar.
- Identificar las alteraciones del estado de ánimo de las familias de los adultos mayores con Alzheimer de la Fundación Cottolengo

- Implementar programas de prevención y promoción de la salud mental para los familiares de adultos mayores que padecen la enfermedad de Alzheimer.

1.3. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación tiene como objeto general investigar y analizar el impacto en el adulto mayor que padece de Alzheimer y el deterioro psicológico de la familia, en Cottolengo (Estadía larga) donde se lograrán recabar conocimientos más específicos de cómo actuar frente a esta enfermedad, descubrir los síntomas a tiempo y aprender los cuidados básicos que requieren los pacientes que sufren de este padecimiento, además de los cambios psicológicos conductuales de los familiares.

El diagnóstico del Alzheimer no solo afecta al cerebro de quien la padece si no al corazón de su familia, ya que el adulto mayor requiere de gran ayuda para sobrevivir a los problemas de salud física y mental que tiene como resultado de una vida de trabajo y lucha permanente. Cuando la persona llega a la etapa del adulto mayor, debe contar con el apoyo de los familiares más cercanos.

Con esta investigación se busca generar conciencia sobre la enfermedad de Alzheimer y sobre todo del impacto psicológico de la familia y su postura ante dicha enfermedad. Los beneficiarios directos serán los familiares que tienen adultos mayores con este problema de salud, la comunidad estudiantil de Manta que tendrá en esta propuesta un documento fiable de investigación.

Es factible de realizar, pues se cuenta y se contará con el apoyo de las autoridades de la Fundación Cottolengo así como especialistas, psicólogos, trabajadores sociales y geriatras.

CAPÍTULO II.

2.- MARCO TEÓRICO

2.1.- ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Respecto a la temática no se ha encontrado investigación alguna en el cantón Manta, por tanto resulta necesaria la presente investigación, pues contribuirá a conocer la situación actual de los adultos mayores que padecen la enfermedad Alzheimer, para fortalecer su calidad de vida.

2.2.- FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

En la antigüedad las manifestaciones de los hitos en el campo de la dimensión se produjeron al comienzo del siglo xx, tuvieron lugar desde momento remoto de la historia de la humanidad.

Tomando como centro de estudio al Alzheimer y sus colaboradores.

Antes se comentaba que las enfermedades mentales y otras como es el Alzheimer se lo conocía como cualquier otra enfermedad, no tenía un nombre específico, y los encargados de curar eran los chamanes con ritos y alabanzas.

Los primeros grandes científicos de esa época como es Aristóteles, Platón pensaban: Que el alma está en el cerebro, así que al parecer, el alma se hizo carne.

Otros comentaban que los seres humanos tenemos imaginación emociones y memorias, estas eran tres facultades del alma, y otros referían que el alma reside en el cerebro, así refirieron los grandes científicos.

Aunque las primeras menciones al concepto de demencia se deben a Cicerón y a Selsus, ambos en el siglo I a. C, anteriormente Hipócrates

y Galeno, ya relacionan la demencia como una aflicción mental con afectación intelectual y por tanto debida a males de otros órganos corporales. Sin embargo sus trabajos, y los de Areteo, tardaron tiempo en ser conocidas de modo significativo, por no ser traducidos al latín y prevalecer lo de Aristóteles que mantenían lejos del tejido cerebral funciones como el control motor o la cognición Boller F 2008.

2.3 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.3.1 ALZHEIMER

La Organización Mundial de la Salud (OMS 2000) definió esta enfermedad como “una dolencia degenerativa cerebral primaria, de causa desconocida”.

Cuando una persona padece la enfermedad de Alzheimer, experimenta cambios microscópicos en el tejido de ciertas partes de su cerebro y una pérdida, progresiva, pero constante, de una sustancia química, vital para el funcionamiento cerebral, llamada acetilcolina. Esta sustancia permite que las células nerviosas se comuniquen entre ellas y está implicada en actividades mentales vinculadas al aprendizaje, memoria y pensamiento.

Es un mal progresivo y degenerativo del cerebro para lo cual no existe recuperación. Es la más común de las demencias ya que lentamente esta enfermedad ataca a todas las células nerviosas y por ende todas las partes de la corteza cerebral.

Es importante mencionar que esta enfermedad neurológica afecta la parte cognoscitiva del cerebro, el pensamiento, juicio, raciocinio, lenguaje, percepción y el comportamiento.

Quintero (1994) define el Alzheimer como:

“Una atrofia cortical, que produce una serie de lesiones cerebrales en forma de nudos u ovillos neurofibrilares y una sustancia no funcional (amiloides) que forma una placa neurótica o seniles en la corteza cerebral que, en conjunto impide la normal transmisión y recepción de los estímulos”.

Esta patología neuro-psiquiátrica que se presenta en la etapa del envejecimiento afecta a la sustancia cerebral caracterizándose por la pérdida de la función cognitiva, trastornos de la conductas y trastorno afectivos.

En el estudio de EURODEM se halló que la presencia de antecedentes familiares de la enfermedad de Alzheimer aumenta 3,5 veces el riesgo de padecer la enfermedad.

También se realizaron estudios prospectivos , durante 58 años , llevando a cabo en una cohorte de religiosas seniles que habían escrito su autobiografía cuando tenían 22 años encontraron que las religiosas con menor grado de habilidad lingüística tenían mayor probabilidad de haber muerto, de sufrir enfermedad de Alzheimer y de presentar mayor número de ovillos neurofibrilares en sus autopsias.

CAUSAS DEL ALZHEIMER.

Aun no quedan claras las causas del Alzheimer, se ha planteado hipótesis virales (Cedazo, 2006), toxicidad (Calderón –Garcidueña 2004), alteración de la producción bioquímica de acetilcolina, la presencia de proteína amiloide (Willem, Novak y Haass 2006) y la genética (Tejeda 2006).

La hipótesis Genética y Beto Amiloide.

- Existen investigaciones que han descubierto que los cromosoma 14 (70%), cromosoma 1 (25%), y el cromosoma 21 (5%) están relacionados al origen del mal de Alzheimer. El cromosoma 1 y 14 impide la función y el orden de las células esto hace que las células nerviosas mueran prematuramente (apoptosis).
- Una copia de más del cromosoma 21 que aparecen en pacientes con Síndrome de Dow que llegan a vivir hasta los 40 años todos ellos pueden desarrollar el Alzheimer.
- Madres menores de 35 años que dan a luz niños con Síndrome de Down tienen más riesgos de desarrollar el Alzheimer que las madres mayores de 35 que dan a luz un niño con Síndrome de Down.
- La proteína APOLOPOPROTEINA E4 se encarga del movimiento y la distribución del colesterol para reparar las células nerviosas durante el desarrollo o cuando son lesionadas. En la enfermedad del Alzheimer hay alteraciones en este gen que impide su función.
- La proteína B amiloidea constituyente del centro de la placa senil descrita por *Glennner* y *Wong* en 1987.

“Es una proteína de 38-42 aminoácidos, que resulta de una proteólisis anormal, de otra proteína con dominio de transmembrana, la proteína precursora del B amiloide (PPBA), cuya producción aberrante requiere de un daño previo de la membrana celular. El gen para la producción de

la PPBA se encuentra en la porción media del brazo largo del cromosoma 21”.

La hipótesis Toxicó ambientales.

Se ha relacionado la enfermedad del Alzheimer y la exposición ambiental laboral expuesta a insecticidas, herbicidas, pesticidas entre otras. También se correlaciona que individuos expuestos a campos electromagnéticos pueden desarrollar la enfermedad.

Múltiples estudios han mostrado un mayor riesgo de EA entre las personas que viven en sitios donde la concentración del Aluminio en el agua de bebida es mayor. Otro factor de riesgos de padecer la enfermedad de Alzheimer se da en personas fumadoras.

SÍNTOMAS DEL ALZHEIMER

La aparición de la enfermedad no presentan síntomas específicos, los síntomas son variados y por lo general comienza de una manera sutil y los primeros cambios suelen pasar desapercibidos para todos. En el inicio de la enfermedad no es fácil detectarla y es común que pasen varios años antes que las alteraciones de memoria y los síntomas relacionados adquieran un carácter preocupante.

Es importante mencionar las fases de la enfermedad del Alzheimer:

FASE I: DURACIÓN DE 2 A 5 AÑOS

Braunwald (2001) dice que: “En las primeras fases de la enfermedad la pérdida de memoria puede pasar inadvertida o atribuirse a olvidos benignos”. Los problemas cognitivos comienzan a interferir en las actividades diarias, como a estar al tanto de la economía, seguir las instrucciones que se dictan en el trabajo, conducir, ir de compras o realizar las labores del hogar.

La persona que padece esta enfermedad comienza con olvidos que se suelen pasar por desapercibidos, no hay noción de orientación ya que muchas veces pueden perderse en la calle. Y son incapaces de resolver situaciones que para otros resulta fáciles.

FASE II: DURACIÓN DE 2 A 10 AÑOS

Según Branwald (2001) “en las etapas medias de la enfermedad el paciente es incapaz de trabajar, se pierde y se muestra confuso con facilidad, necesitando una supervisión diaria”.

El deterioro de la memoria empieza a extenderse en recuerdos lejanos, se desorientan fácilmente confundiendo el día y la noche.

El aspecto físico comienza a deteriorarse ya que no pueden asearse ni vestirse; en ocasiones se encuentran desconcentrados perdiendo la noción del tiempo.

FASE III

El deterioro preocupa más para los familiares ya que el enfermo que padece el Alzheimer no reconoce a ningún miembro de su familia lo cual hace que se comporte agresivo y con perplejidad ante dichas situación.

La degeneración de los componentes de la corteza cerebral impide que enfermo tenga movimientos coordinados y también afecta el lenguaje.

FASE IV

Es la fase terminal lo cual el anciano se encuentra aislado, no controla los esfínteres siendo necesario de los cuidados necesarios para su supervivencia ya que en ocasiones hay pacientes que llegan a un estado más crítico o vegetativo.

En lo observado durante la investigación en el centro geriátrico “Cottolengo” se visualizó que los pacientes se encuentran en la fase II, mientras que su mayoría está en las fases más preocupantes como son las fases III y IV donde el deterioro cognitivo es más avanzado y en ocasiones el paciente se encuentra aislado, con pérdida del tiempo y espacio.

2.3.2. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICOS

La enfermedad se diagnostica clínicamente y definitivamente con post mortem es decir con una autopsia del cerebro. El paciente senil presenta pérdida de aprendizaje ; es incapaz llevar adelante la vida cotidiana , provocando un deterioro en todas sus actividades diarias por ejemplo , en el ámbito laboral, familiar, social, pudiendo identificar cambio en su comportamiento , lenguaje , humor y afectos .

Se deben realizar exámenes completos para determinar otras causas de enfermedades. También realizando análisis de sangre y orina descartan otras posibles enfermedades que causarían demencia.

Entre las pruebas más empleadas para observar los cambios que esta enfermedad produce en el cerebro destaca la resonancia magnética (RM), la tomografía por emisión de positrones (conocida por su acrónimo inglés, PET) y una combinación de ambas. Con la RM, se representa la forma y estructura del cerebro. Con la PET se pueden detectar los primeros cambios en el tejido cerebral, incluso antes de que aparezcan los síntomas visibles (como el deterioro de la memoria).

La evaluación psicológica o neuropsicológica consiste en el test Mini mental de Folstein, para evaluar el tiempo y espacio, lenguaje y percepción, luego se observa si realiza las tareas domésticas, si es capaz de dirigir sus asuntos financieros, si tiene familia o amigos, si ha tenido que abandonar su vida social.

También se le realiza una exploración psicopatológica para valorar el lenguaje aspecto y comportamiento, se valora el humor de contenido, del pensamiento, de la percepción, del estado cognoscitivo y de la capacidad de introspección del paciente en cuanto a su enfermedad. También se valorar algunos aspectos relevantes del paciente como; Apariencia, comportamiento, lenguaje, humor, pensamiento, percepción.

Al valorar al paciente, se puede realizar la observación con ayuda de los familiares, con test como el mini mental y es también muy importante la anamnesis que se le aplica.

TRATAMIENTOS DEL ALZHEIMER

Existen varios enfoques psicoterapéuticos de corte cognitivo conductual que han demostrado poder dar una mejor calidad de vida al paciente con Alzheimer. En general la mayoría de estos métodos remarcarán el entorno del paciente para resolver problemas específicos.

La terapia denominada de orientación en la realidad esta englobada en un sinnúmero de técnicas que tienen el objeto de ubicar al paciente en tiempo y espacio provocando que los cuidadores puedan mejorar su calidad de vida y es muy importante la confianza, la empatía para el progreso terapéutico.

La terapia de resolución busca el significado del aquí y el ahora del paciente mediante la escucha reflexiva, empatía, cordialidad y aceptación del paciente.

Otro grupo de terapia psicológica es aquella que intenta la resolución de problemas específicos usando la siguiente metodología:

Definición explícita del problema que hay que solucionar.

- a) Identificación de antecedentes y consecuencias del comportamiento anormal.

- b) Establecimiento de objetivos realistas.
- c) Tomar una decisión sobre el tratamiento del problema, basada en el entendimiento de los antecedentes y las consecuencias del comportamiento.
- d) Aplicación firme del estilo de tratamiento elegido.
- e) Monitorización del problema comportamental, que era el objetivo de la intervención de su efecto , y
- f) Reevaluación de la intervención. Los problemas objetivos pueden ser la corrección de trastornos comportamentales, como deambulación sin rumbo, gritos, agresión e incontinencia, también existen tratamientos psicológicos o también se les llama técnica de psicoestimulación cognitiva, las cuales han mostrado cierta eficacia en pacientes con demencia leve y moderado.

CÓMO ACTUAR ANTE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Para estimular su memoria, se puede ayudar al familiar paciente haciéndole preguntas sucesivas. Es decir, en lugar de hacerle una única pregunta directa, hay que ayudarlo a encontrar la respuesta paso a paso, con preguntas cada vez más precisas. Por ejemplo, no hay que preguntarle « ¿Quién ha llamado por teléfono?», sino « ¿Has atendido una llamada? ¿Era un niño? ¿Un adulto? ¿Una voz de hombre o de mujer?», etc.

De esta forma el familiar con Alzheimer avanzara con pequeñas respuestas hasta llegar a la respuesta adecuada. Habrá recorrido el camino despacio pero eficazmente y tendrá la sensación, justificada, de haber encontrado en su memoria la respuesta correcta. Si la pregunta se le hubiera planteado directamente, no habría podido llegar hasta el final del recorrido y experimentaría un sentimiento de fracaso. Por regla general, nunca se debe presionar al paciente con Alzheimer.

Está comprobado que llevar una vida sana donde se mantenga una dieta adecuada, ejercicio continuo, no consumo de cigarrillo y alcohol, al llevar este estilo de vida disminuirá este padecimiento.

También el ejercicio mental como practicar ajedrez, lectura, sopa de letras, crucigramas, influyen de una manera positiva a que el porcentaje de esta enfermedad sea mínimo

Estimular su memoria no es, por tanto, pedirle que «busque en el vacío» un recuerdo, sino, al contrario, guiarle proporcionándole elementos de apoyo, como indicaciones, agenda, notas, etc. Por otra parte, también es importante favorecer, en la medida de lo posible rutina, la regularidad en los horarios y el automatismo: comidas a horas fijas, ir a comprar el pan todos los días a la misma hora, programar visitas regulares, multiplicar los puntos de referencia, respetar un calendario.

Por otra parte, es fundamental que la familia, especialmente el cónyuge lleve una vida normal posible, con sus actividades cotidianas.

El que cuida al paciente de Alzheimer es importante no sobrecargar de trabajo y responsabilidad, es necesario buscar ayuda para que otra persona tome esta responsabilidad para cuando la persona que cuida tenga que hacer actividades fuera del hogar. Se debe darle al paciente mucho cariño y afecto. (Ferragud Masía, J. (1991): Enfermedad de Alzheimer)

EFFECTOS PSICOLÓGICOS EN LA FAMILIA

La familia es fundamental en el desarrollo de todo ser humano, más aun cuando enferma; ya que esta red de apoyo es esencial en el sostenimiento y tratamiento de la enfermedad. Cuando un miembro familiar es diagnosticado con Alzheimer la familia se derrumba, el impacto que tiene la enfermedad es el conflicto sobre quien recae los cuidados del paciente familiar. Estos conflictos pueden disminuir si los

integrantes de la familia se ayudan mutuamente y planifican el tiempo y cuenta con ayuda social no existirán conflictos.

Frude (1991) dice “aporta el dato de que la experiencia de una enfermedad grave mejora las relaciones familiares en aproximadamente el 70% de los casos”. Es decir que la familia puede aglutinarse y apoyarse mutuamente pero en ocasiones también puede dispersarse.

Es importante mencionar que cuando la familia sufre cambios y quebrantos la mayoría de sus miembros optan por un cambio para bien, ya que se sienten más unidos ante la lucha con la enfermedad. Pero no todos los casos es igual ya que otras familias se desequilibra y se altera le dinámica familiar ocasionando un ambiente tenso que no favorece al enfermo.

Elorriaga del Hierro, C. et. Al. (1994) refiere: “es importante proteger al familiar con Alzheimer y manejar los sentimientos de la estructura familiar con mucha prudencia, mantener el control y la integridad emocional”.

Cuando la familia afronta la enfermedad de un ser querido con alzhéimer afecta mucho al saber que su ser querido se va deteriorando lentamente , también afecta la parte emocional de la familia cuando el enfermo presenta conductas de agresividad ocasionando daño físicos y psicológicos con lejanía de sus seres querido.

La familia tiene un rol importante para la persona que cuida principalmente al enfermo, ya que de ella dependerá el apoyo físico y emocional y moral que ayuda a llevar la carga de cuidar a una persona dependiente.

La persona dependiente que sufre la enfermedad del Alzheimer necesita cuidados, tiempo y dedicación por parte de los familiares que lo atiende, pero cuando la situación se agrava la familia pasa por varias etapa y

sobretudo el cuidador principal que es la persona que se hace a cargo en todas las responsabilidades del enfermo y pasa por un proceso emocional que implica cambio en los aspectos los cuales en la mayoría de los casos no saben afrontar la situación.

Estos efectos negativos hacen que el cuidador disminuya en su efectividad en la satisfacción de las necesidades del enfermo y de sus propias necesidades, manifestando así depresión, angustia, estrés y aislamiento social (Halley, Maheu y Cohen, 1999).

Igualmente, la labor de cuidado entrafña para el familiar una serie de costos económicos, repercusiones en su salud física, y en las relaciones interpersonales, limitaciones en el tiempo para sí mismo y en el área laboral, aislamiento social, etc. que traen como consecuencia sentimientos negativos y malestar subjetivo definido en la literatura como "carga del cuidador" (Zarit y Bach, 2000)

Ostwald y cols., desarrollaron un programa dirigido a toda la familia, haciéndoles partícipes de la situación de cuidado, para así encontrar ayuda y soporte tanto para el cuidador principal como para el enfermo. Estos autores afirman que " incluir a la familia en su totalidad en un programa educativo, combinando información y entrenamiento para el manejo del comportamiento, así como prestar atención a la cohesión familiar existente, tiene efectos positivos en los cuidadores y en los pacientes. Se debe ayudar al cuidador y al resto de los familiares a entender el proceso demencial, cambiar el enfoque hacia el paciente y alterar el medio en el que ellos interactúan" (p. 42).

CAMBIOS PSICOLÓGICOS CONDUCTUALES EN LOS FAMILIARES DE LAS PERSONAS QUE PADECEN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Hay familias que ante la enfermedad de un ser querido se sienten impactados por el nivel de cronicidad que tenga la enfermedad, otros miembros pueden no sentir las mismas emociones dependiendo el parentesco.

Consecuentemente, esta enfermedad no sólo afecta a la persona con demencia, sino también a las personas que están a su alrededor. Los cuidadores principales y amigos pueden sentirse profundamente impactados por el avance de la enfermedad en esta persona tan cercana y querida que va deteriorándose poco a poco junto a la familia

El hecho de lidiar con la responsabilidad recae en el cuidador principal quien sería un hijo(a), esposa (o), hermano (a) etc., que será la persona que acude a todas las necesidades físicas y emocionales del enfermo y que lo une afectivamente con el paciente. Pero este olvida de su salud física alterando su calidad de vida, relaciones sociales y de sus otras responsabilidades.

Estos efectos negativos hacen que el cuidador disminuya en su efectividad en la satisfacción de las necesidades del enfermo y de sus propias necesidades, manifestando así depresión, angustia, estrés y aislamiento social (Halley, Maheu y Cohen, 1999).

Asimismo, aparecen sentimientos de ira, frustración e irritabilidad, los cuales pueden ser reprimidos por el cuidador debido a cuestiones culturales y/o familiares, transformándose este sentimiento la mayoría de las veces en ansiedad, depresión, conductas autodestructivas como comer y beber en exceso, síntomas físicos o padecimientos psicosomáticos (Powell y Courtice, 2000).

Es importante señalar que, cuando una familia es informada de que uno de sus miembros padece enfermedad de Alzheimer son numerosas las dudas e inquietudes que les abordan haciéndose necesario contar con herramientas que ayuden a los familiares a dar soporte a esta necesidad durante toda la evolución de la enfermedad. Por ello la autora de esta investigación pretende a través de la misma ofrecer toda la información necesaria, actualizada que sirva de gran ayuda para familiares y cuidadores de persona que padecen la enfermedad de Alzheimer.

APOYO EMOCIONAL A LA FAMILIA

Flórez Lozano, (1995,1996). “En ocasiones, el apoyo emocional se genera mediante la creación de grupos de apoyo, en los que hay un entendimiento mutuo, una posibilidad de comunicación, particularmente en la “catarsis emocional” (Son conjuntos constituidos por personas con una gran sensibilidad que han vivido (o viven) situaciones similares y que, por lo tanto, hablan el mismo lenguaje que los “cuidadores”).

Resulta positivo que los familiares afectados reciben terapia de psicoeducación donde conocerán y disiparán las dudas de la enfermedad así como también asistir a terapias grupales que permitirán compartir conocimientos con otros familiares afectados . La terapia familiar ayuda a resolver los conflictos que se suelen generar dentro del círculo familiar y sus repercusiones en el manejo del cuidado del familiar paciente con Alzheimer.

2.4 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

Según la Constitución de la República del Ecuador (2008) dice:

Sección primera

Adultas y adultos mayores

Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.
2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.
3. La jubilación universal.
4. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.
5. Exenciones en el régimen tributario.
6. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley.
7. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento.

Art. 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades,

pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

En particular, el Estado tomará medidas de:

1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.
2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones.
3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.
4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones.
5. Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.
6. Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.
7. Creación de regímenes especiales para el cumplimiento de medidas privativas de libertad. En caso de condena a pena privativa" de libertad, siempre que no se apliquen otras medidas alternativas, cumplirán su sentencia en centros adecuados para el efecto, y en caso de prisión preventiva se someterán a arresto domiciliario.

8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.
9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.

La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las Instituciones establecidas para su protección. (pág. 17).

2.5.- SEÑALAMIENTO DE LAS VARIABLES

2.5.1.- Variable independiente

Deterioro psicológico de la familia

2.5.2.- Variable dependiente

El impacto en el adulto mayor que padece Alzheimer

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 TIPOS O NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

Cualitativa: es cualitativa porque se han adquirido conocimientos que nos permite conocer la realidad mediante el análisis y recolección de datos a través de los conocimientos de las variables.

Cuantitativa: es cuantitativa ya que se ha podido tener control de la variable dependiente que es el deterioro psicológico de la familia, la cual se ha podido analizar datos sobre dicha variable mediante la aplicación de la encuesta estructurada.

Investigación Social.- Por cuanto se analizó el impacto en el adulto mayor que padece de Alzheimer y el deterioro psicológico de la familia, en Cottolengo (Estadía larga).

Investigación de campo.- Pues se acudió al lugar, es decir a la Fundación para recabar información de fuentes primarias, la investigación cualitativa para la interpretación de la información y mediante los resultados obtenidos plantear una propuesta alternativa de solución al problema en estudio.

3.1.1 MÉTODOS

Método deductivo e inductivo, porque se estableció cuáles son los efectos y el deterioro psicológico de la familia de los adultos mayores que padecen de Alzheimer.

Método descriptivo, porque permitió describir los fenómenos y eventos del impacto del Alzheimer en la familia de los adultos mayores de la fundación.

Método Sintético, porque a través de este se elaboraron conclusiones y recomendaciones relacionada a la investigación.

Método Dialéctico, porque se dialogó directamente con los Especialistas, Psicólogos, geriatras y Trabajadoras Sociales.

3.1.2 TÉCNICAS

Bibliográfica.- Especialmente en la construcción del Marco Teórico.

Entrevista.- Se aplicó a los especialistas, psicólogos, geriatras y trabajadoras sociales.

Encuesta.- Se aplicó a los familiares del adulto mayor que padece Alzheimer.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos.-

Los instrumentos que se utilizaron para la recolección de la información fueron, el cuestionario estructurado, el cuestionario de la entrevista a especialistas y el análisis documental.

FICHA DE OBSERVACIÓN

IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE: Test mini examen de estado mental

NOMBRE ORIGINAL: Mini-Mental State Exam (MMSE)

AUTORES: Folstein, Folstein y McHugh

ADAPTACIÓN ESPAÑOLA: Lobo, A., Saz, P y otros, 2002

TIPO DE INSTRUMENTO: Test

OBJETIVO: Detección de trastornos cognitivos.

POBLACIÓN: Ancianos u otras personas en las que he sospecha un deterioro cognitivo.

NÚMERO DE ÍTEMS: 30 preguntas

DESCRIPCIÓN: Evalúa brevemente el estado mental y permite observar la progresión del estado cognitivo, evalúa las siguientes áreas: orientación en el espacio, en el tiempo, codificación, atención, concentración, recuerdo, lenguaje y construcción visual.

VALIDEZ: se ha observado correlaciones significativas del MMSE con diversas medidas de inteligencia, memoria y otros aspectos del funcionamiento cognitivo, en una amplia variedad de poblaciones, empleando para ellos instrumentos tales como la escala de inteligencia de Wescheler para adultos (WAIS), la escala de concentración y memoria (IMC), el test del dibujo del reloj, la escala de evaluación de la enfermedad del Alzheimer (ADAS-COG), o la escala de la Demencia (DRS). También se ha relacionado la prueba con los índices de actividades diarias (ADL), encontrando el mejor punto de corte en 23 para este tipo de tareas

APLICACIÓN: 5-10 Minutos

NORMAS DE APLICACIÓN: El evaluador va demandando las tareas (decir en qué país, provincia esta, etc.) a la persona y ella va respondiendo o realizando las preguntas o tareas solicitadas.

INTERPRETACIÓN: El mini mental test se evalúa en función del número de aciertos en las pruebas, de esta forma que las puntuaciones altas indican un mejor funcionamiento cognitivo. Los datos normativos más habituales son los siguientes

Normal (27-30 puntos)

Daño cognitivo medio (21-26)

Daño cognitivo moderado (11-22)

Daño cognitivo severo (0-10 puntos)

FICHA DE OBSERVACIÓN # 2

TEST DEL INFORMADOR

DESCRIPCIÓN

El test del informador (TIN) o Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) es un cuestionario cognitivo-funcional de 26 ítems, diseñado para el scrining de demencia por Jorm y Jacomb en 1989. Está basado en una entrevista estandarizada de Jorm y Korten publicada un año antes. Con posterioridad diseñaron una versión corta de 16 ítems. En nuestro país la versión completa fue validada por Morales y cols (S-IQCODE). Teniendo como base el S-IQCODE realizaron una versión breve (SS-IQCODE) de 17 ítems.

Se trata de un cuestionario que completa un familiar o persona allegada al enfermo en su domicilio o en presencia del médico, tras unas breves instrucciones y en muy poco tiempo (5-10 minutos). Se le pide que recuerde como era hace 10 años y como ha cambiado en la actualidad, según los criterios de una escala Liker de 5 puntos. La primera versión consta de 26 preguntas con una puntuación máxima de 130 puntos. La versión breve recoge 17 preguntas con un máximo de 85 puntos.

INTERPRETACIÓN

Se considera de gran valor para el cuidado de deterioro cognitivo. Valora memoria, funcionalidad y capacidad ejecutiva de juicio. Los resultados son independientes de la inteligencia previa del paciente, el nivel de escolarización y de la edad.

En la escala de 26 una puntuación superior a 85 es indicativa de probable deterioro cognitivo. En la versión breve por encima de 57 puntos se considera probable deterioro, con similar sensibilidad y especificidad que

la versión larga. Globalmente podemos considerar⁷ una sensibilidad del 86% y una especificidad del 92%.

Los autores opinan que debe considerarse principalmente como una medida continua (no dicotómica) de deterioro cognitivo, si bien en la validación española se le concede un alto valor diagnóstico.

Se debe valorar si existen preguntas sin contestar, no quedando claro que hacer en estos casos.

Su validez parece superior al MMSE de Folstein tanto en la evaluación clínica de la demencia como en el screening de la misma, sobre todo en fases iniciales. De gran utilidad en la consulta de Atención Primaria por su facilidad de manejo y rapidez.

FICHA DE OBSERVACIÓN # 3

ESCALA DE PFEIFFER

DESCRIPCIÓN

Fue diseñado por Pfeiffer en 1975 como test de screening de deterioro cognitivo. Se encuentra validado en nuestro país por García-Moltalvo.

Se trata de un cuestionario heteroaplicado de 10 ítems, sobre cuestiones muy generales y personales. Se puede pasar en 4 –5 minutos, se van anotando las respuestas erróneas. Se permite un fallo de más si el paciente no ha recibido educación primaria y uno de menos si tiene estudios superiores.

Explórala:

La memoria a corto plazo.

Orientación.

Información sobre hechos cotidianos, y la

Capacidad de cálculo.

FICHA DE OBSERVACIÓN # 4

TEST DEL RELOJ

Se considera un instrumento de detección precoz de demencia, debe poder ser administrado tanto por un médico neurólogo, un especialista no neurólogo o un médico de atención primaria.

APLICACIÓN: es fácil aplicarlo y administrarlo, requiriendo un mínimo nivel de entrenamiento y capaz de diferenciar demencia de los déficits cognitivos asociados con la edad.

OBJETIVOS: La prueba del dibujo del reloj (PDR), ha sido empleada para la detección de demencia, siendo de fácil y rápida administración. Evalúa las siguientes habilidades cognitivas: comprensión auditiva, reconstrucción de la imagen gráfica, habilidades viso-espaciales, programación motora y ejecución, conocimiento numérico y concentración, pero no permite detectar deterioro cognoscitivo mínimo.

ADMINISTRACIÓN: consiste en entregar una hoja bond con un círculo dibujado en el centro, de aproximadamente 10 cm de diámetro y se pide al paciente que cumpla las siguientes órdenes. “escriba todos los números que corresponde a la manecilla del reloj” y “coloque la 11 y 10, cuidando no menciona las agujas del reloj.

TIEMPO: no existe un tiempo límite para la prueba.

INTERPRETACIÓN:

Se traza una línea vertical que divide el círculo de dos mitades, teniendo como punto de partida el número 12 o el número 6; luego se traza una línea perpendicular a la primera, y finalmente se traza dos diagonales, de tal manera que el círculo quede dividido en ocho áreas idénticas.

PUNTUACIÓN: Para la puntuación de la prueba no se toman en cuenta la posición de los números, 3, 6, 9, 12. Cada uno de los números restante debe estar incluido en cada área ya que si están bien ubicados se asigna

un punto, de tal manera que el máximo puntaje es de 8. El noveno punto se obtiene al valorar la direccionalidad de las agujas del reloj, que representa el horario y el minuterero dirigidos correctamente hacia los números 11 y 2. Por último, el punto número 10 se obtiene de la proporcionalidad correcta entre el horario y el minuterero.

Técnicas de procesamiento y análisis de datos

- Los datos recogidos fueron revisados y se determinaron los cuestionarios que hubieron sido contestados completamente y correctamente.
- Se tabularon los datos recogidos.
- Se realizó la tabulación en casos de dimensiones o casillas vacías o con datos sin peso significativo.
- Se tradujeron las frecuencias a porcentajes.
- Los cuadros estadísticos se representaron gráficamente.
- Se analizaron los resultados estadísticos y se interpretaron a la luz del marco teórico y de los objetivos.

3.2 POBLACIÓN, MUESTRA Y TAMAÑO

3.2.1 POBLACIÓN

Familiares de los 50 pacientes que se encuentran en la Fundación Cottolengo.

3.2.2 MUESTRA

Se tomó como muestra a 18 familiares de los pacientes que se encuentran en la Fundación Cottolengo.

3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

3.3. 1. VARIABLE INDEPENDIENTE

Variable Independiente	Dimensiones	Indicadores
El impacto en el Adulto Mayor que padece Alzheimer	Psicológicas Familiares Sociales	<ul style="list-style-type: none">• Emocionales• Físicas• Mamá• Papá• Hijos• Familiares

3.3.2 VARIABLE DEPENDIENTE

Variable Dependiente	Dimensiones	Indicadores
Deterioro psicológico en la familia	<ul style="list-style-type: none">• Comunicación• Familia• Sociedad	<ul style="list-style-type: none">• Verbal• Mímica• Escrita• Corporal

3.4 RECURSOS

Talento Humano

- Psicóloga, Director de tesis, Autoridades, Encuestador, Investigadora.

Institucionales

Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí y Fundación Cottolengo

Materiales

Computadora, Impresora, Marcadores, Borradores, carpetas, Copias, Papel A4 Lápices, Bolígrafos, Textos, Libros, Folletos, Periódicos, Revistas, Pen Driver., CD, Cámara digital.

Ítems	Valores
• Esferos	\$12.00
• Pendrive	\$25.00
• Movilización	\$100.00
• Tinta para impresiones	\$120.00
• Hojas	\$18.00
• Otros	\$150.00
TOTAL	\$425.00

3.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recolección de la información de dio por medio de fichas de observación, encuestas y entrevistas realizadas a los familiares que padecen de Alzheimer, autoridades y especialistas.

Para la obtención de información primaria se utilizó la técnica de la observación a los adultos mayores, encuestas a familiares de estas personas y entrevistas a autoridades y especialistas.

Para la obtención de información secundaria se recurrió a utilizar la técnica de fichaje, pues se necesitó acudir con frecuencia a libros, revistas, periódicos y documento para fundamentar el marco teórico de la investigación

3.6 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

El procesamiento de los datos de esta investigación se realizó de la siguiente manera:

- Recopilación de la información.
- Tabulación, clasificación y ordenamiento de la información.
- Comprobación de la información.
- Análisis cuantitativo mediante cuadros y gráficos estadísticos elaborados en Excel.
- Interpretación y análisis de resultados para elaborar conclusiones y recomendaciones

CAPITULO IV:

4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

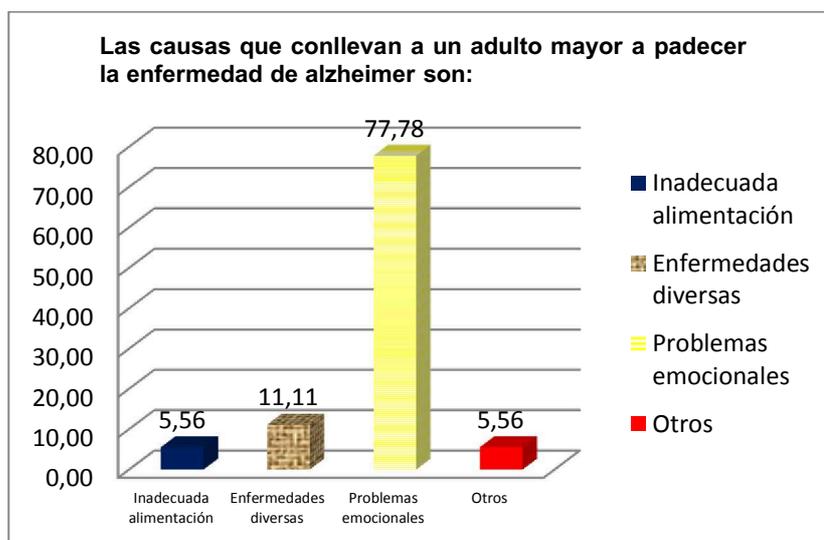
Pregunta # 1

¿En su criterio las causas que conllevan a un adulto mayor a padecer la enfermedad de Alzheimer son?:

Tabla # 1

Orden	Alternativas	F	%
a)	Inadecuada alimentación	1	5,56
b)	Enfermedades diversas	2	11,11
c)	Problemas emocionales	14	77,78
d)	Otros	1	5,56
TOTAL		18	100,00

Grafico # 1



Fuente: Encuesta aplicada a familiares que tienen miembros familiares, adultos mayores que padece de Alzheimer.

Elaboración: La Investigadora.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Descripción: Los miembros familiares, adultos mayores que padecen con la enfermedad de Alzheimer contestaron que las causas que conllevan a un adulto mayor a padecer de esta enfermedad son: el 77,78% problemas emocionales, el 11,11% enfermedades diversas, el 5,56% inadecuada alimentación, el 5,56% otros.

La mayoría de la familia piensa que los problemas emocionales incidieron en el desarrollo de la enfermedad.

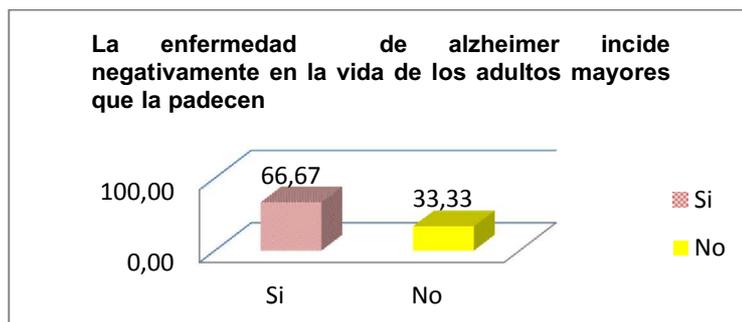
Pregunta # 2

2) Estima usted, que la enfermedad de Alzheimer incide negativamente en la vida de los adultos mayores que la padecen.

TABLA # 2

Orden	Alternativas	F	%
a)	Si	12	66,67
b)	No	6	33,33
TOTAL		18	100

Grafico # 2



Fuente: Encuesta aplicada a familiares que tienen miembros familiares, adultos mayores que padece de Alzheimer.

Elaboración: La Investigadora.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

La enfermedad de Alzheimer incide negativamente en la vida de los adultos mayores que la padecen: el 66,00% si y el 33,33% no.

Según los familiares encuestados la enfermedad ha impactado negativamente en la vida de la familia, causando deterioro de las relaciones intrafamiliares y agotamiento de los cuidadores familiares.

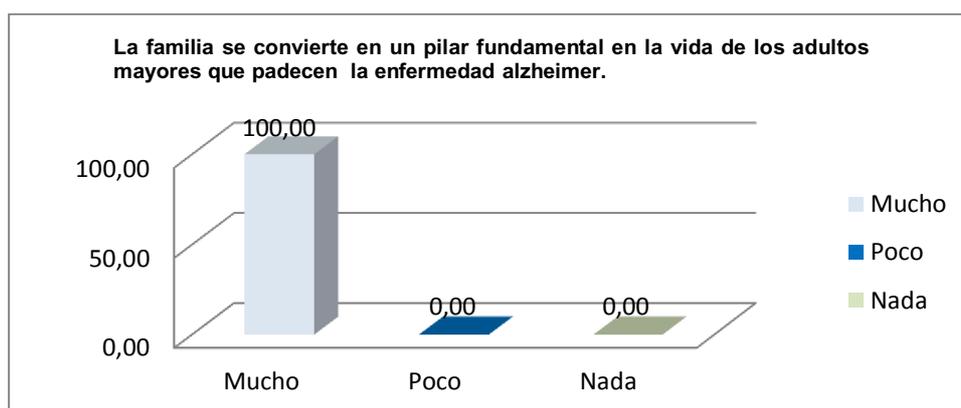
Pregunta # 3

En su criterio la familia se convierte en un pilar fundamental en la vida de los adultos mayores que padecen la enfermedad de Alzheimer.

Tabla # 3

Orden	Alternativas	F	%
a)	Mucho	18	100,00
b)	Poco	0	0,00
c)	Nada	0	0,00
TOTAL		18	100,00

Gráfico # 3



Fuente: Encuesta aplicada a familiares que tienen miembros familiares, adultos mayores que padece de Alzheimer.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

La familia se convierte en un pilar fundamental en la vida de los adultos mayores que padecen con la enfermedad de Alzheimer: El 100% mucho, el 0,00% nada y el 0,00% poco.

El criterio de las familias entrevistadas muestra asume que la tarea de cuidar de un familiar con Alzheimer es muy difícil sin embargo son los únicos que van a ofrecer siempre el apoyo moral, afectivo y económico.

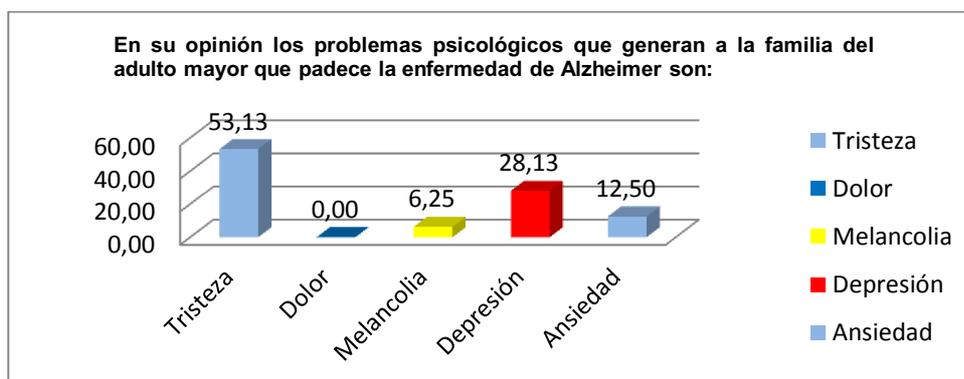
Pregunta # 4

En su opinión los problemas psicológicos que generan a la familia del adulto mayor que padecen la enfermedad de Alzheimer son:

Tabla # 4

Orden	Alternativas	F	%
a)	Tristeza	17	53,13
b)	Dolor	0	0,00
c)	Melancolía	2	6,25
d)	Depresión	9	28,13
e)	Ansiedad	4	12,50
TOTAL		32	100,00

Grafico # 4



Fuente: Encuesta aplicada a familiares que tienen miembros familiares, adultos mayores que padece de Alzheimer.

Elaboración: La Investigadora.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Los problemas psicológicos que generan a la familia del adulto mayor que padece la enfermedad de Alzheimer son: el 53,13 % tristeza, el 28,13% depresión; el 12,50% ansiedad, el 6,25% melancolía, el 0,00% dolor

INTERPRETACIÓN:

Se puede observar que los estados de ánimo más frecuentes son tristeza, depresión, ansiedad y melancolía.

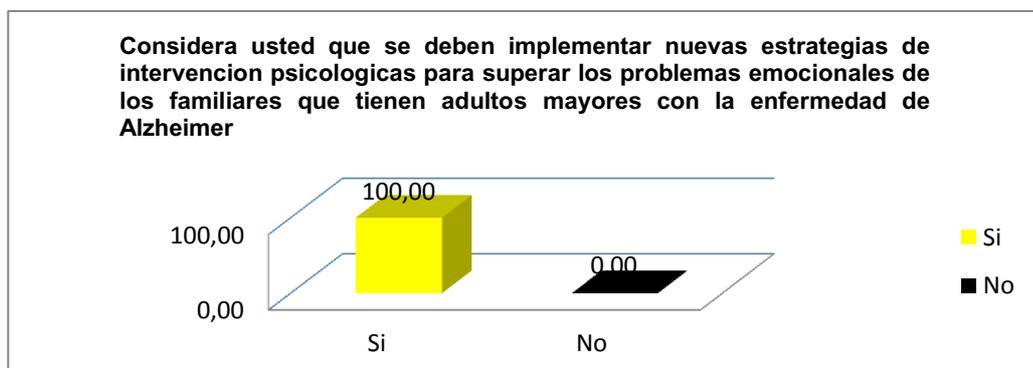
Pregunta # 5

Considera usted que se deben implementar nuevas estrategias de intervención psicológica para superar los problemas emocionales de los familiares que tienen adultos mayores con la enfermedad de Alzheimer.

Tabla # 5

Orden	Alternativas	F	%
a)	Si	18	100,00
b)	No	0	0,00
TOTAL		18	100

Grafico # 5



Fuente: Encuesta aplicada a familiares que tienen miembros familiares, adultos mayores que padece de Alzheimer.

Elaboración: La Investigadora.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Se debe implementar nuevas estrategias de intervención psicológicas para superar los problemas emocionales de los familiares que tienen

adultos mayores con la enfermedad de Alzheimer: el 100,00% si y el 0,00% no.

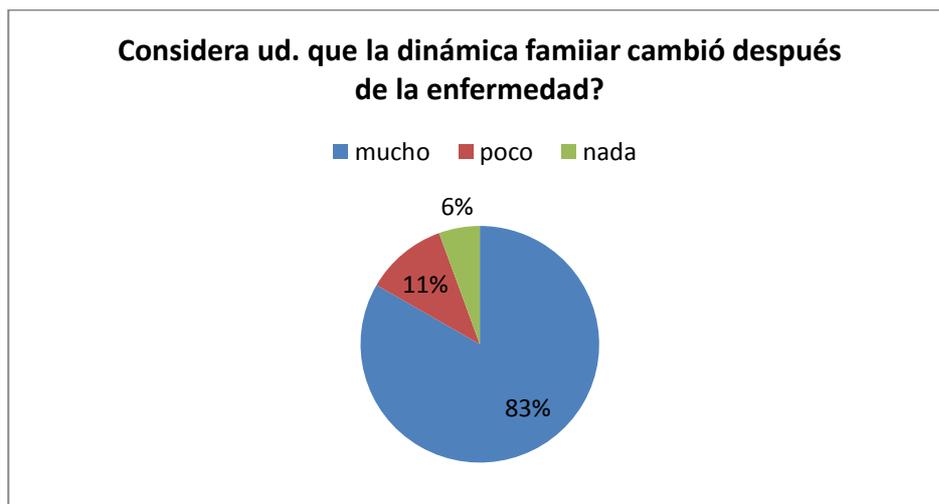
Pregunta #6

Considera Ud. Que la dinámica familiar cambió después de la enfermedad?

Tabla #6

ORDEN	ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
a)	mucho	15	83.3
b)	poco	2	11
c)	nada	1	5.5
total		18	100

Grafico # 6



Fuente: Encuesta aplicada a familiares que tienen miembros familiares, adultos mayores que padece de Alzheimer.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Del cuadro # 6 se desprende que 15 familias o el 83 % de familias encuestadas manifestaron que la dinámica cambio mucho, el 11 % es decir dos familias expresaron que hubieron poco cambios, y una familia que corresponde al 6% no encontró cambios.

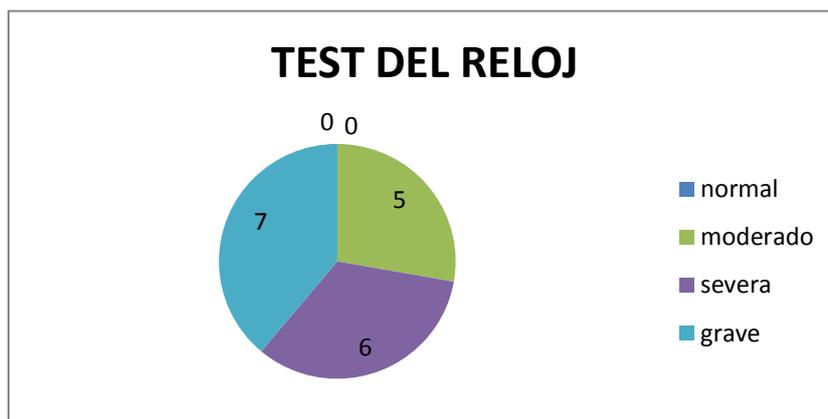
Esto resultados sugieren que las familias que tienen entre sus miembros un adulto mayor con Alzheimer pasan por etapas de acomodación tal como lo sugiere el estudio de Halley, Maheu y Cohen, 1999, quienes dicen que existe efecto negativo en los cuidadores.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADO DEL TEST DEL RELOJ

Tabla # 7

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
Normal	0	0
Leve	0	0
moderado	5	27.77
Severa	6	33.33
Grave	7	38.88
Total	18	100

Grafico # 7



Fuente: Adultos mayores que padece de Alzheimer.

Elaboración: La Investigadora.

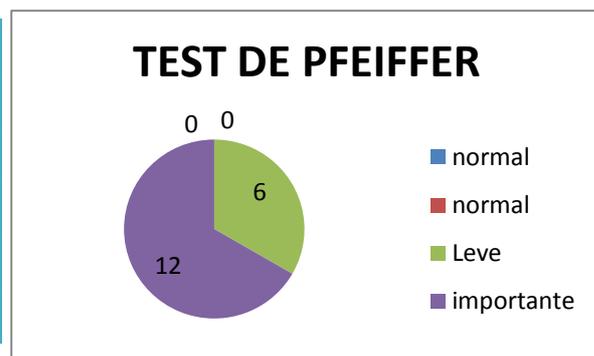
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS:

Mediante la aplicación del test del reloj se pudo comprobar que los 7 pacientes con Alzheimer presentan un deterioro normal de acuerdo a la fase I y II y por último los siguientes grupos se encuentran en la fase III del Alzheimer que corresponde a 5 personas con nivel moderado y el resto de 6 personas con un nivel grave.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DEL TEST DE PFEIFFER

Tabla # 8

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
Normal	0	0
Normal	0	0
Leve	6	33.33
Importante	12	66.66
Total	18	100



ERRORES	NIVEL
0-2	NORMAL
3-4	NORMAL
5-7	LEVE
8-10	ERRORES IMPORTANTES

Fuente: Adultos mayores que padece de Alzheimer.

Elaboración: La Investigadora.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Mediante la aplicación del test de Pfeiffer se pudo observar que 6 pacientes presentan deterioro cognitivo leve y los 12 pacientes restantes obtuvieron errores importantes en la aplicación del test. Es importante mencionar que todos padecen Alzheimer.

CAPÍTULO V

5.1 COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

HIPÓTESIS

La Hipótesis propuesta “se encuentra confirmada en la tabla y gráfico # 4 en el que se puede apreciar que la mayoría de familiares de los adultos mayores con Alzheimer experimentaron tristeza. También fue relevante el estado emocional de depresión y ansiedad.

5.2 LOGROS DE OBJETIVOS.

La comprobación del objetivo general se la ha realizado a través de los objetivos específicos 1 y 2 mismos que se pueden evidenciar en la tabla y gráfico # 6 en el que se observa que 15 familias manifestaron que la dinámica se alteró mucho después del diagnóstico del Alzheimer. Lo que relaciona con los resultados del cuadro y gráfico # 7 test del reloj en el que se encontraron un total de 15 personas que manifestaban severo y grave signos de deterioro a causa de la enfermedad.

El tercer objetivo específico haya relación con el cuadro y gráfico #5 en el que se propone la posibilidad de implementar un programa de prevención y promoción de la salud mental y al que todos los familiares encuestados hallaron positivo articulándolo con la propuesta presentada en esta investigación.

CAPÍTULO VI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

- Los familiares de los adultos mayores que padecen la enfermedad de Alzheimer manifiestan estados de ánimo que varían desde la tristeza hasta la depresión.
- Las familias sufrieron grandes cambios en la dinámica y las relaciones entre miembros.
- Uno de los familiares pasa a ser el cuidador principal quien es la persona en la que recae la mayor responsabilidad del adulto mayor con Alzheimer
- Muchas familias se cohesionan después del diagnóstico de la enfermedad del Alzheimer y comparte las responsabilidades, y otras no.
- La familia se convierte en un pilar fundamental en la vida de los adultos mayores que padecen la enfermedad de Alzheimer.
- Se debe implementar nuevas estrategias de intervención psicológicas para superar los problemas emocionales de los familiares que tienen adultos mayores con la enfermedad de Alzheimer.
- No existe suficientes programas de atención a las familias de los adultos mayores que padecen Alzheimer.
- Hay mucho desconocimiento con respecto a la evolución de la enfermedad.

6.2. RECOMENDACIÓN

- Implementar grupos de apoyos en la institución donde se realizó la investigación.
- Programas de prevención y promoción de salud mental a grupo etarios de riesgo.
- Capacitación al personal de salud en el abordaje de la enfermedad.
- Implementar en la carrera de psicología ULEAM curricular referente al trabajo terapéutico con familias que presentan miembros con esta enfermedad.

CAPÍTULO VII

7.1 PROPUESTA

Programas de prevención y promoción de la salud mental para los familiares de adultos mayores que padecen la enfermedad de Alzheimer.

7.2 DATOS INFORMATIVOS

INSTITUCIÓN: Fundación Cottolengo

ÀREA: Salud Mental

CIUDAD: Manta

PROVINCIA: Manabí

BENEFICIARIOS:

DIRECTOS: Familiares de adultos mayores que se encuentran ingresados en la Fundación Cottolengo.

INDIRECTOS: Sociedad, Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Fundación Cottolengo.

TIEMPO: Indefinido

UBICACIÓN: Manta- Manabí- Barrio Los Geranios avenida Circunvalación tramo II cerca de Urbirrios Parroquia Tarqui

RESPONSABLE: Melania Moreira López

7.3 INTRODUCCIÒN

Hasta ahora no se puede curar la enfermedad del Alzheimer pero si se puede conseguir que el enfermo esté bien cuidado y proveer la mejor calidad de vida necesaria. Saber y comprender la Enfermedad del Alzheimer es lo primero que la familia de estos pacientes debe conocer para dirigir sus esfuerzos con eficiencia

Las intervenciones de prevención y promoción en salud mental son eficientes en beneficios para la familia y la sociedad. Es por eso que la propuesta se ha centrado en la familia y el impacto que tiene la enfermedad del Alzheimer.

Actualmente se cuenta con suficiente evidencia para demostrar que los programas que promocionan la psicología no sólo funcionan, sino que además contribuyen a un mayor bienestar mental y aumentan la calidad de vida a nivel individual y comunitario.

Es importante mencionar que los beneficiarios del programa de prevención y de promoción de la salud mental son los familiares ya que cuando alguien enferma es la familia el soporte del tratamiento o del equilibrio del paciente enfermo ya sea en su parte física y mental.

7.4 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

Culminada la investigación sobre el impacto de la enfermedad del Alzheimer en la familia se ha comprobado que este grupo de familia presenta alteraciones emocionales debido al impacto de la enfermedad y mencionaron que no han pasado antes por psicólogos y que no han tenido el apoyo social.

La presente propuesta surge a partir de los resultados de la investigación de tesis de grado, así se trazan los siguientes objetivos.

La fundación Cottolengo no cuenta con un departamento de salud mental por eso es que surge la propuesta de promoción y prevención para

psicoeducar a los familiares sobre que trata la enfermedad y sus complicaciones tanto de quien la tiene y de los que se encuentran a su alrededor.

7.5 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Brindar charlas, conferencias, talleres, y convivencias a los familiares de los adultos mayores que padecen la enfermedad de Alzheimer.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fomentar la convivencia armónica entre familiares, autoridades, y adultos mayores en la Fundación Cottolengo.
- Brindar orientación respecto a la enfermedad de Alzheimer.
- Mejorar la calidad de vida de los familiares de los adultos mayores enfermo de Alzheimer, aliviando su carga física y emocional, mediante el conocimiento de esta temática.

7.6 JUSTIFICACIÓN

Los adultos mayores por su trayectoria de vida están sujeto a padecer diferentes enfermedades de orden físico, psicológico y social, de tal manera que se debe conocer el estado de estas personas para luego establecer medidas preventivas y de cuidados que ellos requieren para preservar su salud. Así resulta necesaria la presente propuesta de salud mental dirigida a los familiares del adulto mayor que tienen la enfermedad de Alzheimer.

Es importante la propuesta por cuanto contribuirá a elevar la calidad de vida de los familiares de estas personas, mediante el conocimiento teórico de esta enfermedad, además de practicar acciones tendientes a mejorar la comunicación entre familiares, pacientes, autoridades y previene riesgos en su salud integral de estas personas que requieren toda la atención de parte de las autoridades gubernamentales, seccionales, fundaciones que velan por el bienestar de estas personas.

7.7 FUNDAMENTACIÒN

OMS (2003) hace referencia que:

Existen factores que producen disminuciòn del contacto social en el adulto mayor lo que puede llevarlo al aislamiento. Entre los factores que afectan la interrelaciòn del adulto mayor con otras personas de su entorno, estàn los cambios psicològicos como el dèficit sensorial y disminuciòn de la actividad fìsica, problemas de funciòn cognitiva y el manejo de la informaciòn, cambios socioculturales, tales como la disminuciòn del poder adquisitivo, cambios de viviendas, desorganizaciòn del grupo familiar y pèrdida de contacto con el entorno (p.44)., por lo tanto se debe entender que el adulto mayor està expuesto a un abandono por parte de los familiares, autoridades y polìticas gubernamentales, para superar esta problemàtica se debe establecer estrategias, programas, proyectos para brindarle la atenciòn oportuna en salud integral y protegerle como él se lo merece, pues a los largo de su vida trabajo por el bienestar de su familia y contribuyò al desarrollo del paìs.

7.8 METODOLOGÍA- PLAN DE ACCIÒN

Nº	ACTIVIDADES	L	M	M	J	V
1	Implementaciòn de la propuesta	X				
2	Elaborar un cronograma de actividades para desarrollar programa de capacitaciòn en prevenciòn y promociòn de salud mental para los familiares de los adultos mayores que padecen con la enfermedad de Alzheimer en la Fundaciòn Cottolengo del cantòn Manta en el año 2014.	X				
3	Fomentar la convivencia armònica entre familiares, autoridades, y adultos mayores en la Fundaciòn Cottolengo.	X	X	X	X	X

4	Brindar orientaciones respecto a la enfermedad de Alzheimer.	X	X	X	X	X
5	Mejorar la calidad de vida de los familiares de los adultos mayores enfermo de Alzheimer, aliviando su carga física y emocional, mediante el conocimiento de esta temática.	X	X	X	X	X
6	Fortalecer el sistema de comunicación entre familiares, pacientes, y autoridades.					
7	Proyectar video y conferencias vía internet con temas relacionados con la enfermedad de Alzheimer.		X	X		
8	Brindar charlas, conferencia, talleres a los familiares de los adultos mayores que padecen la enfermedad de Alzheimer.				X	
9	Publicación de afiches y tríptico con relación a la propuesta					X

7.9 PLAN DE TRABAJO

#	Actividades	Autoridades	Conferencista	Familiares/ pacientes
1	Implementación de la propuesta	X	x	X
2	Elaborar un cronograma de actividades para desarrollar programa de capacitación en	x	x	x

	prevención y promoción de salud mental para los familiares de los adultos mayores que padecen con la enfermedad de Alzheimer en la Fundación Cottolengo del cantón Manta en el año 2014.			
3	Fomentar la convivencia armónica entre familiares, autoridades, y adultos mayores en la Fundación Cottolengo.	X	x	X
4	Brindar orientaciones respecto a la enfermedad de Alzheimer.	X	x	X
5	Mejorar la calidad de vida de los familiares de los adultos mayores enfermo de Alzheimer, aliviando su carga física y emocional, mediante el conocimiento de	x	x	X

	esta temática.			
6	Fortalecer el sistema de comunicación entre familiares, pacientes, y autoridades.	X	x	X
7	Proyectar video y conferencias vía internet con temas relacionados con la enfermedad de Alzheimer.		x	
8	Brindar charlas, conferencia, talleres a los familiares de los adultos mayores que padecen la enfermedad de Alzheimer.		x	
9	Publicación de afiches y tríptico con relación a la propuesta	X		

7.10 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN

La ejecución de la propuesta tiene factibilidad pues se cuenta con el apoyo de la Fundación Cottolengo y la Facultad de Psicología de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

¿Quién evaluará?

La autora del proyecto

¿Por qué evaluará?

Porque mediante la prevención se va advertir las posibles implicaciones en de la red familiar quien responsable del adulto mayor con Alzheimer y poder promocionar la salud mental para una buena calidad de vida.

¿Para qué evaluar?

Para tomar decisiones de implementar o no dichos programas.

¿Qué evaluar?

El impacto que tiene la enfermedad hacia la familia, los roles, ciclo vital y el afrontamiento hacia la enfermedad y por ende la aceptación.

¿Cómo evaluar?

Mediantes instrumentos psicológicos y la observación.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Perello. (1986): Demencia senil tipo Alzheimer. Geriátrica. Vol. 2
- Braunwald (2001) Enfermedad de Alzheimer. Una guía para la familia. México: Pax México.
- Brookmeyer R., Gray S., Kawas C. (September 1998). «Projections of Alzheimer's disease in the United States and the public health impact of delaying disease onset». *American Journal of Public Health* **88** (9): pp. 1337–42.
- Calderón-Garcidueña, L. (2005) : Inflammation and Alzheimer's-Likes Damage caused by severe Air Pollution. Disponible en: <http://www.niehs.nih.gov/desert/profiles,hilites/2004/inflam.htm>
- Cedazo, A. (2008: Exploring the mechanisms behind risk factors for Alzheimer disease. (Conference) Seminario, 14 Julio Salamanca Institute de Microbiología Bioquímica
- Constitución del Ecuador (2008) Quito- Ecuador. Pág. 17. <http://www.utelvt.edu.ec/NuevaConstitucion.pdf>.
- Elorriaga del Hierro, C. et. Al. (1994): En casa tenemos un enfermo con alzheimer. Bilbao).
- E. Kraepelin 1910 Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. II. Band (Barth Verlag, Leipzig.

- Elorriaga del Hierro, C. et. Al. (1994): En casa tenemos un enfermo con alzhéimer. Bilbao
- Folstein, MF., Folstein, SE., mCHugh, P.R y Fanjiang, G (1975). “Mini-Mnetal State” a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Researches, 12, 189-1198.
- Flórez Lozano, J.A. et al. (1997): Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos. Diagnóstico Vol. LIII, nº 1218, Universidad de Oviedo.
- Ferragud Masía, J. (1991): Enfermedad de Alzheimer)
- Gauthier E, Fortier I, Courchesne F, et al. Aluminium forms in drinking water and risk of Alzheimer´s disease. Environ Res 2000; 84: 234-246.
- (Guía práctica de psicología por J.A. Vallejo Nagera. “residencia del anciano” pág. 454)
- Gilsanz García, V. (1986): Problemas que plantea la enfermedad de Alzheimer. Anales de la Real Academia Nacional de Medicina. Vol. 103.
- Halley, Maheu y Cohen, (1999). Enfermedad de Alzheimer. Una guía para la familia. México: Editorial Pax.
- <http://www.webconsultas.com/categoria/salud-al-dia/alzheimer>

- <http://www.dmedicina.com/enfermedades/neurologicas/alzheimer>
- <http://www.avntf-evntf.com/imagenes/biblioteca>
- <http://www.alzheimeruniversal.eu/2013/04/02/cuidado-humano-al-cuidador-informal-del-adulto-...>
- <http://www.espanol.rfi.fr/node/47558>.
- <http://cien-ecuador.org/research>.
- <http://www.neurowikia.es/content/recuerdo-hist%C3%B3rico-de-la-enfermedad-de-alzheimer>
- <http://www.elcultural.es/revista/letras/El-alma-esta-en-el-cerebro/19194>
- Lobo, A, Saz, P.; Marcos, G. y el grupo de trabajo ZARADEMP (2002) examen cognoscitivo MINI-MENTAL. Madrid : TEA eds.
- Organización Mundial de la Salud OMS (2002), Décima revisión de la clasificación Internacional de Enfermedades: trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor
- Ostwald SK, Hpburn KW, Burns T. Training family caregivers of patients with dementia: a structures workshop approach. J Gerontol Nurs 2003; 29 (1): 37-44.

- Pinto E, Peters R. Literature review of the clock Drawing.. test as a tool for cognitive screening. Dement Geriatr Cogn Disord 2009; 27 (3): 201-13.
- Powell y Courtice, (2000). Vivir con... la enfermedad de Alzheimer. Madrid:
- Kazze AM, Eski T, Laphan L, Gabriel K 1993. Clinicopathologic correlates in Alzheimer's disease: assessment of clinical and pathological diagnostic criteria. Alzheimer Dis Assoc Disord 1;3
- Quintero (1994). <http://www.alzheimeruniversal.eu/2013/04/02/cuidado-humano-al-cuidador-informal-del-adulto-...>
- Shulman KI. Clock –drawing: is this ideal cognitive screening test?. Int J Geriatr Psychiatry. 2000; 15 (6): 548-61
- Shulman KI, Gold DP, Cohen CA, Zuchero CA. Clock-Drawing and dementia in the community: a longitudinal study. Int J Geriatr Psychiatry. 1993; 8 (6): 487-96.
- Royal DR, Cordes JA, Polk M. CLOX: an executive clock drawing task. J Neurosurg Psychiatry . 1998; 64 (5): 588-94
- Tejada, MI. (2006): La genética clínica: esa asignatura pendiente. Disponible en: <http://www.familialzheimer.org/areaprensa-articulo-d.asp?ID=99>
- The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research, Nov/Dec 1989 tomado de : Montefiore dirección url: www.montefiorecentral.com

- Tuokko H, Hadjistavropoulos T, Miller A, Beattie BL.: The clock test. A sensitive measure to differentiate normal elderly from those with Alzheimer disease. J Am Geriatr Soc. 1992; 40 (6): 579-84
- Vallejo J. A. (1988).Guía práctica de psicología familiar. Como afrontar los problemas de nuestros tiempos. Printer Colombia S.A. Tomo 1.
- Willem, M., Novak, B., Haass, C. (2006) Control of Peripheral Nerve Myelination by the beta-Secretase BACE1. En Ludwig-Maximilian's-University: Munich.

ANEXOS

ANEXO # 1
MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL
(MINI MENTAL STATE EXAM)

Nombre:_____

Edad:_____

1) ORIENTACIÓN (Puntué si es correcto)

Nombre de este hospital o edificio _____ ¿En qué ciudad esta Ud.
Ahora) _____

¿En qué región esta Ud.? _____ ¿En qué año estamos?

¿En qué piso del edificio está Ud.? _____ ¿Qué día es hoy?

¿Qué estación del año es? _____

2) REGISTRO (Puntué uno por cada respuesta correcta)

Nombre tres objetos y haga que el paciente los repita

Puntúe el número repetido por el paciente. Nombre los tres objetos varias veces más, si es necesario, para que el paciente los repita correctamente (Anote los intentos_____)

3) ATENCIÓN Y CÁLCULO

Vaya restando de 7 en 7 desde 100 hasta 65. Puntuación máxima
5 puntos _____

(Hacer 5 restas: 93, 86, 79, 72,65: un punto por cada resta correcta)

4) MEMORIA

¿Recuerde Ud. Los tres objetos nombramos antes? = 2 puntos.

5) LENGUAJE

Nombrar dos objetos mostrados: reloj, pluma.= 2 puntos

Repetir: “No sí, y/o pero” = un punto.

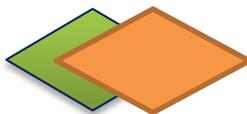
Comprensión: “Coja este papel con la mano derecha”

“Dóblelo por la mitad”, “póngalo en el suelo”= 3ptos.

Lea y haga lo que se le ordena “Cierre los ojos”= 1 punto

Escriba una oración gramatical (sujeto, verbo y complemento)= 1 punto

6) CONSTRUCCIÓN



PUNTUACIÓN TOTAL DEL CUESTIONARIO MMSE (Máximo=30)

EQUIVALENCIAS \

≥ 26.... FUNCIÓN COGNITIVA NORMAL 20-25... AFECTACIÓN LEVE

11-19...AFECTACIÓN MODER 10...AFECTACIÓN GRAVE

ANEXO # 2

INFORME DE REACTIVOS

TEST MINI EXAMEN DE ESTADO MENTAL

NOMBRE: _____

EDAD: _____

Test Mini Examen de Estado Mental: Mini Mental

Resultados

Conclusión

ANEXO # 3

TEST DEL INFORMADOR

Recuerde por favor como era su familia hace 5 o 10 años y compare como esta en este momento. Conteste si ha habido algún cambio a lo largo de estos años en la capacidad de su familiar en todos los aspectos que le preguntamos seguidamente.

Preguntas a realizar	Puntuación
Capacidad para reconocer las caras de sus allegados más íntimos (parientes, amigos)	
Capacidad para recordar los nombres de esas mismas personas.	
Recordar las cosas de esas personas (donde viven, de que viven, cuando en sus cumpleaños....)	
Recordar cosas que ha ocurrido recientemente, en los últimos 2 ó 3 meses, tanto noticias como cosas suyas o de sus familiares.	
Recordar lo que se habló en una conversación mantenida uno días antes.	
Olvidar lo que ha dicho unos minutos antes, pararse a la mitad de una frase y no saber qué iba a decir, repetir lo que ha dicho un rato antes.	
Recordar su propia dirección o su número de teléfono.	
Recordar la fecha en que vive.	
Conocer el sitio exacto de los armarios de su casa y donde se guardan las cosas.	
Saber dónde se pone una cosa que ha	

encontrado ordenada.	
Adaptarse a la situación cuando su rutina diaria se ve alterada (ir de visita, alguna celebración, ir de vacaciones).	
Saber manejar los aparatos de la casa (Teléfono, automóvil, lavadora, maquinilla de afeitar, etc.	
Capacidad para aprender a manejar un aparato nuevo (lavadora, radio, secador de pelo, etc.)	
Recordar las cosas que han sucedido recientemente (en general)	
Capacidad para recordar cosas que ocurrieron o que aprendió cuando era joven	
Comprender el significado de palabras poco corrientes (del periódico, televisión, conversación)	
Entender artículos de periódicos o revistas en los que está interesado.	
Seguir una historia en un libro, la prensa, el cine, la radio o la televisión.	
Redactar cartas a parientes o amigos o cartas de negocios.	
Recordar gentes y hechos históricos del pasado (la guerra civil, la república, etc.)	
Tomar decisiones tanto en cuestiones cotidianas (que traje ponerse, qué comida preparar) como en asuntos a más largo plazo (donde ir de vacaciones o invertir dinero).	
Manejar asuntos financieros (cobrar la pensión, pagar la renta a los impuestos, tratar con el banco).	
Manejar dinero para la compra (cuánto dinero	

dar, calcular el cambio)	
Manejar otros problemas alimétricos cotidianos (tiempo entre visitas de parientes, cuanta comida comprar y preparar, especialmente si hay invitados).	
¿Cree que su inteligencia (en general) ha cambiado en algo durante los últimos 10 años?	

Puntuación según la mejoría	
Mejoraría	Puntuación
Ha mejorado mucho	1 punto
Ha mejorado un poco	2 puntos
Apenas ha cambiado	3 puntos
Ha empeorado un poco	4 puntos
Ha empeorado mucho	5 puntos

A partir de 57 puntos, indica probable deterioro cognitivo. Sensibilidad: 866% y especificada: 91%

ANEXO # 4
INFORME DE REACTIVOS
TEST DEL INFORMADOR

NOMBRE:

EDAD:

Test del Informador:

Resultados

.....

Conclusión

.....

ANEXO # 5
ESCALA DE PFEIFFER

Cuestionario de PFEIFFER (SPMSQ)	Puntuación
¿Qué día es hoy? (Día, mes, año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Cuál es el nombre de este lugar?	
¿Cuál es el número de teléfono? O, ¿Cuál es su dirección? (Si no tiene teléfono)	
¿Qué edad tiene?	
¿Cuándo nació?	
¿Quién es el presidente del gobierno?	
¿Quién fue el presidente anterior?	

Es una prueba muy breve, que consta de 10 ítems que evalúan las siguientes funciones: orientación, memoria de evocación, concentración y cálculo. A pesar de su brevedad, presenta una aceptable capacidad de discriminativa. El sistema de puntuación se resume en la asignación de 1 punto al ítem incorrecto. Entre 0 y 2 errores se considera normal, entre 3 y 4 errores, deterioro leve, entre 5 y 7 errores, deterioro moderado, y más de 8 errores, deterioro grave.

Cuestionario de PFEIFFER (SPMSQ)	Puntuación
¿Qué día es hoy? (Día, mes, año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Cuál es el nombre de este lugar?	
¿Cuál es el número de teléfono? O, ¿Cuál es su dirección? (Si no tiene teléfono)	
¿Qué edad tiene?	
¿Cuándo nació?	
¿Quién es el presidente del gobierno?	
¿Quién fue el presidente anterior?	
¿Cuál es el nombre de soltera de su madre?	
Restar de 3 3n 3 a partir de 20 hasta el final	
0-2 errores: normal	
3-4 errores: leve	
deterioro cognitivo	
8-10 errores: importante	
deterioro cognitivo	
Se permite un error	
Adicional si el nivel educativo es bajo (estudios elementales)	
Se permite un error	
menos si ha recibido estudios superiores (universitarios)	

INFORME DE REACTIVOS

ESCALA DE PFEIFFER

NOMBRE:_____

EDAD:_____

Escala de PFEIFFER:.....

Resultados:.....

ERRORES	NIVEL	INDICADORES

ANEXO # 6
INFORME DE REACTIVOS

TEST DEL RELOJ

NOMBRE: _____

EDAD: _____

TEST DEL RELOJ:.....

Resultados:.....

PUNTAJE	NIVEL	INDICADORES

ANEXO # 7

UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Encuesta aplicada a familiares que tiene miembros familiares, adultos mayores que padecen la enfermedad de Alzheimer

Formulario: N°.____

OBJETIVO: Recabar información para analizar las causas y efectos psicológicos que conllevan a una familia con un adulto mayor que padece la enfermedad de Alzheimer.

NOTA: Ruego a usted proporcionar los datos verdadero y con letra clara.

Datos Generales:

Edad:.....

Fecha:.....

Lugar de residencia:

Lugar de trabajo:.....

Ocupación:.....

Sexo Femenino () Masculino ()

Señale con una X en el casillero que corresponda su respuesta.

1.- ¿En su criterio las causas que conllevan a un adulto mayor a padecer la enfermedad de Alzheimer son?:

- a) Inadecuada alimentación
- b) Enfermedades diversas
- c) Problemas emocionales
- d) Otros

2.- ¿Estima usted que la enfermedad de Alzheimer incide negativamente en la vida de los adultos mayores que la padecen?

- a) Si
- b) No

3.- En su criterio la familia se convierte en un pilar fundamental en la vida de los adultos mayores que padecen la enfermedad de Alzheimer?

- a) Mucho
- b) Poco
- c) Nada

4.- ¿En su opinión los problemas psicológicos que generan a la familia del adulto mayor son?:

- a) Tristeza
- b) Dolor
- c) Melancolía
- d) Depresión
- e) Ansiedad

5.- ¿Considera usted que se deben implementar nuevas estrategias de intervención psicológicas para superar los problemas emocionales de los familiares que tienen adultos mayores con la enfermedad Alzheimer?

- a) Si
- b) No



UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Entrevista aplicada a las autoridades especialista en psicología
clínica.**

Formulario: N°._____

Objetivo: Recabar información para analizar el impacto psicológico que conlleva a una familia con un adulto mayor que padecen Alzheimer

Datos Generales:

Nombre:.....

Edad:.....

Título profesional:.....

Cargo:.....

Fecha:.....

- 1) **¿Emita un comentario respecto a cuál es el impacto psicológico de los familiares de los adultos que padecen Alzheimer?**

- 2) **¿Cómo es la estructura y los roles del sistema familiar en el adulto mayor que padece Alzheimer?**

- 3) **¿Qué sugerencia haría usted para los familiares que tiene un adulto mayor con el mal de Alzheimer y elevar su calidad de vida?**

MOMENTO DE LA ENCUESTA



CHARLA INFORMATIVA A LOS FAMILIARES





MOMENTO DE LA APLICACIÓN DEL MINIMENTAL TEST

