



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“DEMENCIA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO
SEÑOR DE LOS REMEDIOS Y SU INFLUENCIA EN LA SOBRECARGA
PSÍQUICA DE SUS CUIDADORES”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

Autora: Alarcón López, Fanny Monserrath

Tutor: Ps. Cl. López Castro, Walter Javier Mg.

Ambato – Ecuador

Agosto, 2019

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Proyecto de Investigación sobre el tema: “DEMENCIA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO SEÑOR DE LOS REMEDIOS Y SU INFLUENCIA EN LA SOBRECARGA PSÍQUICA DE SUS CUIDADORES” de Fanny Monserrath Alarcón López, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Abril 2019

EL TUTOR

Ps. Cl. López Castro, Walter Javier Mg.

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación “DEMENCIA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO SEÑOR DE LOS REMEDIOS Y SU INFLUENCIA EN LA SOBRECARGA PSÍQUICA DE SUS CUIDADORES”, como también los contenidos, ideas, análisis y conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Abril 2019

LA AUTORA

Alarcón López, Fanny Monserrath

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este proyecto de investigación o parte del mismo un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi proyecto investigativo con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción del mencionado, dentro de las regularidades de la Universidad, siempre y cuando su reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Abril 2019

LA AUTORA

Alarcón López, Fanny Monserrath

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: “DEMENCIA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO SEÑOR DE LOS REMEDIOS Y SU INFLUENCIA EN LA SOBRECARGA PSÍQUICA DE SUS CUIDADORES” de Fanny Monserrath Alarcón López, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Abril 2019

Para constancia firman:

PRESIDENTE/A

1ER VOCAL

2DO VOCAL

DEDICATORIA

A mis padres y hermanos por ser mi guía y brindarme la sabiduría para alcanzar esta meta, por sus constantes esfuerzos a lo largo de este proceso.

A ti Valentina, por ser mi motor y mis ganas de ser una mejor persona.

A mis Ángeles que desde el cielo seguro festejan mis triunfos y continúan bendiciéndome.

Monserrath Alarcón

AGRADECIMIENTO

A Dios por ser mi guía y brindarme la sabiduría para poder alcanzar esta meta.

A la Universidad Técnica de Ambato por haber sido el pilar fundamental de mi formación, a todos mis profesores que supieron cultivar mi conocimiento durante mi vida Universitaria.

A mi Tutor Ps.Cl. Javier López quien supo guiarme de la mejor manera, por su paciencia y ayuda durante el desarrollo de este trabajo.

A mi familia por estar a mi lado en los momentos más importantes de mi vida.

Monserrath Alarcón

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA	i
APROBACIÓN EL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE LA AUTORA	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiii
RESUMEN.....	xv
ABSTRACT	xvi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	2
EL PROBLEMA	2
1.1 Temas de Investigación	2
1.2 Planteamiento de problema.....	2
1.2.1 Contexto.....	2
1.2.2 Formulación del problema	9
1.3 Justificación	9
1.4 Objetivos.....	10
1.4.1 Objetivo general.....	10
1.4.2 Objetivos Específicos	10
CAPÍTULO II.....	11
MARCO TEÓRICO	11
2.1 Estado del Arte.....	11
2.2 Fundamentación Teórica.....	14
2.2.1 Psicopatología.....	14
2.2.2 Trastorno Mental.....	16
2.2.3 Trastorno Mental Orgánico.....	18

2.2.4 Demencia	18
Signos y síntomas.....	19
Clasificación de Demencia CIE 10	20
Formas más comunes de la demencia	24
2.2.5 Psicología Clínica	30
2.2.6 Psicodiagnóstico	31
2.2.7 Estrés.....	32
2.2.8 Sobrecarga Psíquica.....	34
2.3 Hipótesis o Supuestos	35
CAPÍTULO III	36
METODOLOGÍA	36
3.1 Nivel y Tipo de Investigación.....	36
3.1.1 Investigación bibliográfica – documental.....	36
3.1.2 Investigación de campo	36
3.1.3 Investigación correlacional	37
3.1.4 Investigación cuantitativa	37
3.1.5 Investigación cualitativa	37
3.2 Selección de área o ámbito de estudio	38
3.3 Población	38
3.4 Criterios de Inclusión y Exclusión.....	39
3.5 Operacionalización de Variables	40
3.6 Descripción de los procedimientos para la recolección de información.....	42
CAPÍTULO IV	44
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	44
4.1 Características sociodemográficas de los adultos mayores	44
4.2 Resultados de nivel de demencia en los adultos mayores con el Test Qdrs, Quick Dementia Rating System (Sistema de Calificación de Demencia Rápida).....	45
4.3 Características sociodemográficas de los cuidadores	56
4.4 Resultados de la escala de sobrecarga del cuidador Test de Zarit	57
4.5 Análisis general del Test de Zarit	79
4.6 Verificación de la hipótesis.....	82

CAPÍTULO V	85
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	85
5.1 Conclusiones	85
5.2 Recomendaciones	86
BIBLIOGRAFÍA	87
ANEXOS	93
Anexo I: Historia Clínica Psicológica	93
Anexo II: Test Qdrs, Quick Dementia Rating System	97
Anexo III: Escala de sobrecarga del Cuidador Test de Zarit	97

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1: Ejes de la clasificación multiaxial del DSM-IV	17
Tabla N°2: Población	38
Tabla N°3: Variable Independiente: Demencia en los adultos mayores	40
Tabla N°4: Variable Dependiente: Sobrecarga Psíquica de sus cuidadores.	41
Tabla N°5: Población por género	44
Tabla N°6: Memoria y recuerdo.....	45
Tabla N°7: Orientación	46
Tabla N°8: Decisiones y resoluciones de problemas	47
Tabla N°9: Actividades fuera del hogar	48
Tabla N°10: Trabajo el hogar y pasatiempos	49
Tabla N°11: Aseo e higiene personal	50
Tabla N°12: Comportamiento y cambios de personalidad.....	51
Tabla N°13: Habilidades de lenguaje y comunicación	52
Tabla N°14: Estado de ánimo	53
Tabla N°15: Atención y concentración	54
Tabla N°16: Resumen de ítems de demencia en adultos mayores	55
Tabla N°17: Tabla de contingencia Genero * Demencia en adultos mayores	55
Tabla N°18: Género de los cuidadores.....	56
Tabla N°19: Familiar pide más ayuda de la que realmente necesita.....	57
Tabla N°20: Tiempo que dedica a su familiar.....	58
Tabla N°21: Compatibilizar el cuidado de su familiar.....	59
Tabla N°22: Siente vergüenza por la conducta de su familiar	60
Tabla N°23: Enfadado cuando está cerca de su familiar.....	61
Tabla N°24: Cuidar de su familiar afecta negativamente	62
Tabla N°25: Miedo por el futuro de su familiar	63
Tabla N°26: Piensa que su familiar depende de Ud.....	64
Tabla N°27: Tenso cuando está cerca de su familiar	65
Tabla N°28: Salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar	66
Tabla N°29: Intimidado como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar.....	67
Tabla N°30: Negativamente por tener que cuidar de su familiar	68
Tabla N°31: Distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar	69
Tabla N°32: considera a usted la única persona que le puede cuidar a su familiar	70

Tabla N°33: Suficientes ingresos económicos	71
Tabla N°34: Será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo	72
Tabla N°35: Perdido el control de su vida	73
Tabla N°36: Cuidado de su familiar a otra persona	74
Tabla N°37: Indeciso sobre qué hacer con su familia.....	75
Tabla N°38: Debería hacer más por su familiar.....	76
Tabla N°39: Podría cuidar mejor a su familiar	77
Tabla N°40: Grado que experimenta el hecho de cuidar a su familia	78
Tabla N°41: Valores de cada ítem.....	79
Tabla N°42: Resumen del TEST ZART	80
Tabla N°43: Tabla de contingencia Genero * Sobrecarga psíquica.....	82
Tabla N°44: Tabla de contingencia QDRS * ZARIT	83
Tabla N°45: Pruebas de chi-cuadrado.....	84

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1: Población por género	44
Gráfico N°2: Memoria y recuerdo	45
Gráfico N°3: Orientación	46
Gráfico N°4: Decisiones y resoluciones de problemas	47
Gráfico N°5: Actividades fuera del hogar	48
Gráfico N°6: Trabajo el hogar y pasatiempos	49
Gráfico N°7: Aseo e higiene personal.....	50
Gráfico N°8: Comportamiento y cambios de personalidad	51
Gráfico N°9: Habilidades de lenguaje y comunicación	52
Gráfico N°10: Estado de ánimo	53
Gráfico N°11: Atención y concentración	54
Gráfico N°12: Género de los cuidadores.....	56
Gráfico N°13: Familiar pide más ayuda de la que realmente necesita.....	57
Gráfico N°14: Tiempo que dedica a su familiar	58
Gráfico N°15: Compatibilizar el cuidado de su familiar.....	59
Gráfico N°16: Siente vergüenza por la conducta de su familiar	60
Gráfico N°17: Enfadado cuando está cerca de su familiar.....	61
Gráfico N°18: Cuidar de su familiar afecta negativamente	62
Gráfico N°19: Miedo por el futuro de su familiar.....	63
Gráfico N°20: Piensa que su familiar depende de Ud.....	64
Gráfico N°21: Tenso cuando está cerca de su familiar	65
Gráfico N°22: Salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar	66
Gráfico N°23: Intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar.....	67
Gráfico N°24: Negativamente por tener que cuidar de su familiar	68
Gráfico N°25: Distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar	69
Gráfico N°26: considera a usted la única persona que le puede cuidar a su familiar	70
Gráfico N°27: Suficientes ingresos económicos	71
Gráfico N°28: Será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo	72
Gráfico N°29: Perdido el control de su vida	73
Gráfico N°30: Cuidado de su familiar a otra persona	74
Gráfico N°31: Indeciso sobre qué hacer con su familia.....	75
Gráfico N°32: Debería hacer más por su familiar.....	76

Gráfico N°33: Podría cuidar mejor a su familiar	77
Gráfico N°34: Grado que experimenta el hecho de cuidar a su familia	78
Gráfico N°35: Grado que experimenta el hecho de cuidar a su familia	81
Gráfico N°36: Chi-cuadrado	84

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“DEMENCIA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLÓGICO
SEÑOR DE LOS REMEDIOS Y SU INFLUENCIA EN LA SOBRECARGA
PSÍQUICA DE SUS CUIDADORES”**

Autora: Alarcón López, Fanny Monserrath

Tutor: Ps. Cl. López Castro, Walter Javier Mg.

Fecha: Abril, 2019

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la influencia de la demencia de los adultos mayores del Centro Gerontológico Señor de los Remedios en la sobrecarga psíquica de sus cuidadores. Donde fue importante considerar que la demencia es un síndrome causado por una enfermedad del cerebro de la naturaleza crónica y progresiva en la cual hay una alteración de múltiples funciones corticales, superiores, incluyendo la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el lenguaje, la capacidad de aprender y de realizar cálculos, y la toma de decisiones, haciendo que exista sobrecarga psíquica en el cuidador, generalmente la sobrecarga comprende una diversidad de factores como la dificultad económica, carga física, o limitaciones. Para sustentar esta investigación fue necesario aplicar un test Qdrs, Quick Dementia Rating System, a 40 adultos mayores, y un test de Zarit dirigido a 40 cuidadores para medir la sobrecarga. Se ha identificado que la mayoría presentan una pérdida de memoria severa, no cuentan con una orientación eficaz, además ellos son incapaces de tomar decisiones o resolver problemas, es así que los adultos mayores presentan un alto nivel de demencia, además los cuidadores presentaron una sobrecarga intensa.

PALABRAS CLAVES: DEMENCIA, SOBRECARGA PSÍQUICA, NATURALEZA CRÓNICA, PÉRDIDA DE MEMORIA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
CARRER OF CLINICAL PSYCHOLOGY

“DEMENTIA IN THE ELDERLY ADULTS OF THE GERONTOLOGICAL CENTER LORD OF THE REMEDIES AND THEIR INFLUENCE ON THE PSYCHIC OVERLOAD OF THEIR CAREGIVERS”

Author: Alarcón López, Fanny Monserrath

Tutor: Ps. Cl. López Castro, Walter Javier Mg.

Date: April, 2019

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine the influence of the dementia of older adults of the Gerontological Center Lord of the Remedies in the psychic overload of their caregivers. Where it was important to consider that dementia is a syndrome caused by a brain disease of chronic and progressive nature in which there is an alteration of multiple cortical, superior functions, including memory, thinking, orientation, understanding, language, the ability to learn and perform calculations, and decision making, making the psychic overload the caregiver, generally the overload comprises a variety of factors such as economic difficulty, physical strain, or limitations. To support this research it was necessary to apply a Qdrs test, Quick Dementia Rating System, to 40 older adults, and a Zarit test aimed at 40 caregivers to measure the overload. It has been identified that most have a severe memory loss, do not have an effective orientation, they are also unable to make decisions or solve problems, so that the elderly present a high level of dementia, in addition the caregivers presented an overload intense

KEY WORDS: DEMENTIA, PSYCHIC OVERLOAD, CHRONIC NATURE, MEMORY LOSS.

INTRODUCCIÓN

El propósito de esta investigación es determinar la influencia de la demencia de los adultos mayores del Centro Gerontológico Señor de los Remedios en la sobrecarga psíquica de sus cuidadores, donde a nivel mundial se ha visto que la demencia afecta a más o menos 35,6 millones de personas, según la OMS, la demencia es uno de los factores que más contribuye en la discapacidad y la dependencia en las personas adultas mayores. La prevalencia mundial de la dependencia en las personas adultas mayores es del 13%, por lo cual es necesario realizar este estudio por la relación que mantiene con la sobrecarga de los cuidadores, ya que el perfil del cuidado informal que por lo general es cuidar a un familiar posee componente de carácter que, como se pone de manifiesto en otros estudios, las labores del cuidador reinciden mayoritariamente en las mujeres (que corresponde el 84% del universo del cuidador), de mediana edad (en torno a los 53 años), que efectúan tareas de ama de casa, regularmente casada y que igualmente de ocuparse del cuidado de su familia.

El cuidar a las personas adultas mayores con la enfermedad de la demencia envuelve recopilar funciones, tomar decisiones en medio de alternativas complicadas, adjudicarse a responsabilidades o realizar tareas y acciones de cuidado físico, social, psicológico y religioso para atender necesidades paliativas cambiantes de las personas cuidadas.

Es por ello que es necesario e importante realizar la presente investigación donde se especifica la problemática de la temática, además se desarrolla teóricamente aspectos importantes de la demencia en los adultos mayores y la sobrecarga psíquica de sus cuidadores, además fue necesario establecer una hipótesis, también mediante una metodología investigativa utilizando el Test Qdrs, Quick Dementia Rating System, para los adultos mayores y un test Zarit para los cuidadores, donde proporciona resultados de los niveles de demencia y niveles de sobrecarga, para finalmente establecer conclusiones y recomendaciones del estudio.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Temas de Investigación

“Demencia en los adultos mayores del Centro Gerontológico Señor de los Remedios y su influencia en la sobrecarga psíquica de sus cuidadores”

1.2 Planteamiento de problema

1.2.1 Contexto

La demencia afecta a nivel mundial a unos 35,6 millones de personas, de las cuales un poco más de la mitad (58%) viven en países de ingresos bajos y medios. Cada año se registran 7,7 millones de nuevos casos, dato que han sido recopilados del informe en el año 2012 de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Se pronostica que el número total de individuos con demencia habitualmente se duplique cada 20 años, de modo que pasaría de 65,7 millones en 2030 y 115,4 millones en 2050. (OMS, 2012)

La demencia aqueja a nivel mundial a unos 35,5 millones de personas (2010). Cada año se observa 7,7 millones de casos nuevos, siendo la enfermedad de Alzheimer (EA), la demencia más habitual. Se predice que el número total de individuos con demencia habitualmente se repite cada 20 años, de manera que pasaría a 65,7 millones en 2030 y a 115,4 millones en 2050. Si se estudia la estadística que se describe a la EA, en España perjudica unos 800000 individuos y se especula que existen 200000 personas sin diagnosticar, lo que se presume un 1,36% de la población. (OMS, 2012)

El termino Enfermedad de Alzheimer, y se iguala como un prototipo de demencia especializada por una ficción prematura de la memoria seguida por un desgaste cognitivo de otras ocupaciones principales de carácter creciente y cuya procedencia es todavía inexplorada. Las exposiciones que se aprecian como criterio diagnostico son: variaciones cognitivas, eficaces, conductuales y signos neurológicos tradicionales. La EA se identifica por una

disminución progresivo de las funciones eruditas en todos los pacientes. No obstante, la evolución de los indicios es muy inestable; mientras que en unos casos es muy deprisa, en otros, el deterioro puede desarrollar en más de 10 años.

Existen diferentes elementos de riesgo claramente concernientes con el sufrimiento de la EA, entre los que enfatizan: la edad y el sexo, la obesidad; el hipercolesterolemia; la hipertensión arterial y la diabetes mellitus; la formación; la genética o el cigarro.

Para encontrarse la EA se precisa de un apropiado enlace entre los múltiples niveles asistenciales y una ubicación asistencial desde un equipo interdisciplinar, que provoque la atención exhaustiva del individuo y su familia. Los componentes de trabajo habituales para todos los métodos, que interceden en la atención de los enfermos de Alzheimer, en los diversos niveles de atención, es la evaluación geriátrica sistémica que constituye de la valoración clínica, capacidad práctica física, mental y social y la terapia no farmacológica. Es transcendental que todos los profesionales que participan en la atención dispongan de conocimientos y destrezas aptas para su prejuicio, afinidad, análisis inicial, seguimiento y método de los síntomas más frecuentes.

El cuidado de los enfermos de Alzheimer es relacionado habitualmente por familiares, designados cuidadores informales; sin embargo, de igual forma pueden suministrarlo otros funcionarios de la red de servicios de atención pública que ayudan de carácter habitual y continuo al individuo dependiente. Se conoce como cuidador inconsecuente aquella persona representante de ejecutar el cuidado no profesional de los pacientes en escenario de dependencia. Los cuidadores informales son capaces de establecer cuidados de enfermería; por lo tanto, son un elemento significativo de los cuidados, tanto por el número de personas cuidadoras como por las consecuencias en el período de salud que se originan del cuidado a antes en condiciones de dependencia crónica. (Navarro, Jiménez, García, & Calleja, 2018)

En Estados Unidos de Norteamérica se valora que el 55.5% de los cuidadores ostentan sobrecarga leve o aguda, en España el 66.4%, en Chile y Argentina el 58% y en Colombia los estudios manifiestan que el 47% de los cuidadores muestran sobrecarga, lo cual se relaciona claramente con un aumento en síntomas deprimentes y de intranquilidad en los custodios, que los hacen sensibles a padecimientos psiquiátricas y físicas. (Vásquez, 2012)

El perfil del cuidador informal principal viene señalado por el componente género, de carácter que, como se pone de manifiesto en otros estudios, las labores del cuidador reinciden mayoritariamente en las mujeres (que corresponde el 84% del universo del cuidador), de mediana edad (en torno a los 53 años), que efectúan tareas de ama de casa, regularmente casada y que igualmente se ocupan del cuidado de su familia, tiene el compromiso primordial de interés de un individuo dependiente y con la que tiene una correlación de hija (50%) o esposa o compañera (12%). (Ballesteros S. , 2014)

Cuidar de un familiar origina un daño en la salud de las cuidadoras. El deterioro de los cuidadores es más psicológico que físico según un estudio, donde hallaron que más de un tercio de las cuidadoras expresó que habían tenido que tomar pastillas, en el tema de las demencias, los cuidadores se confrontan a situaciones de gran contrariedad y soportan un mayor deterioro comparado con el de otros cuidadores.

Los pacientes con cierto tipo de demencia tienen una conducta ligera e impredecible, la pérdida de su capacidad motora los va estableciendo cada vez más dependientes, el daño cognitivo les transforma en individuos extraños que, al mismo tiempo, no pueden anunciar enérgicamente en sus cuidados, a los que con periodicidad ponen resistencia. Estos pacientes solicitan asistencia y atención estable, a tal límite que, simbólicamente se dice que el día de sus custodios tiene 36 horas fácilmente, todas ellas destinados al cuidado del familiar enfermo.

En Colombia los resultados de investigaciones ejecutadas en el año 2005, 216,380 colombianos mayores de 60 años poseían cierto tipo de demencia, y 70% de éstos la enfermedad del Alzheimer. Para el año 2020, se valora que 342,956 individuos mayores de 60 años soportarán de cierto tipo de demencia, 258.498 de ellos tendrán enfermedad de Alzheimer, que será más usual en mujeres. En México, se ejecutaron estudios epidemiológicos sobre deterioro cognitivo y demencia. Sin embargo, todavía son escasos para conocer de modo eficaz el escenario de las demencias con representatividad nacional. En una publicación ejecutado en la Ciudad de México, se halló una prevalencia de 4.7%. En Jalisco se efectuó un estudio que comunica una prevalencia de demencia en mayores de 65 años de edad de 3.7 % con superioridad en el sexo masculino. Se cometió un estudio en Unidades de Medicina Familiar donde se logró una prevalencia de 3.5% de demencia en

mayores de 60 años de supremacía en mujeres (2.3%) y 30.5% de disminución cognitivo ligero. (Espinoza & Jofre, 2012)

Estudios ejecutados en Colombia revelan que el cargo de cuidador lo ejercen esencialmente las mujeres (87,3%) las mismas que se encomiendan de suministrarle el cuidado a la persona con demencia. Se valora que este individuo establece los siete días de la semana, en un medio de 16 horas diarias, lo cual tiene discrepancias económicas, sociales y de salud. En correlación a las características del cuidado estudios en Chile indican que, los cuidadores/as efectúan esta labor hace 9 años como promedio, destinando 17 horas del día a esta labor y solo el 40% de los cuidadores recibe ayuda para verificar el cuidado. El 63% de los cuidadores/as informales exhibe cierta enfermedad por la cual se halla en proceso médico estable el 33.3% se consagran al cuidado de su madre, el 10% a un hijo/a, el 16.7% a un hermano/a, el 23.3% a su cónyuge, el 13.3% a otro familiar y el 3.3% a un amigo u otro. (Espinoza & Jofre, 2012)

Actualmente por el lado del impacto que soportan los familiares y cuidadores pues la demencia tiene un resultado agotador en las familias de los individuos perjudicados y sus cuidadores a menudo nacen amenazas físicas, emocionales y económicas que pueden producir mucho estrés en dichas familias y cuidadores, que requieren adoptar soporte por parte de los servicios higiénicos, sociales, financieros y legales oportuno.

Refiriéndose al Ecuador particularmente en proyecciones ejecutadas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador la población de adultos mayores en Pifo está entre 500 a 560 adultos mayores entre 65 años en adelante, perteneciendo al 8% del total de la población. Lo que demuestra que hay cambios en correspondencia a proyecciones anteriores donde la proporción de adultos mayores en afinidad a la población total era de un 6% aproximadamente. (Ministerio de Salud Pública, 2016)

Los datos demuestran que la población de adultos mayores en el mundo, al igual que en el Ecuador y particularmente en la parroquia de Pifo crece sucesivamente. Esto quiere decir que en la actualidad existen más adultos mayores que antes y seguirá incrementándose la población con el paso de los años.

Dichos adultos mayores están confrontados a cambios que se muestran durante la época de la vejez en relación a sí mismos, al ambiente social en el que se manejen. Entre los nuevos

entornos a las que se afrontan y deben a través de un procesamiento de ajuste están: la marginalidad, omisión, abandono, jubilación, exclusión social, desolación de las relaciones sociales, pérdidas de capacidades físicas, psicológicas entre otras.

En una investigación ejecutada en el Hospital Vicente Corral Moscoso en Cuenca durante el año 2012; se localizó que la prevalencia de demencia en adultos mayores atendidos en el área de clínica fue de 24 casos por cada 1000 adultos mayores (2,4%). Fueron pacientes adultos mayores calificados de demencia en su mayoría tipo Alzheimer con 42.84%, edad entre 85 a 90 años, dominio de sexo femenino 57.14%, exhibieron varias comorbilidades orgánicas y no acogieron medicamentos antidemenciales de entre ellos. (Quizhpi, Tigre, & Vera, 2014)

Sin embargo, no existen eventos que ofrezcan cuidado en salud mental para los cuidadores ya que son individuos que a su vez conviven con los requerimientos y complicaciones que involucra el cuidado de un adulto mayor con demencia. En diversos momentos, esta atención sobrepasa la propia capacidad física y mental del cuidador, constituyendo un suceso estresante crónico, creador de la acuñada como carga del cuidador.

En la provincia de Tungurahua son insuficientes los saberes con reseña a la salud mental de los adultos mayores, no obstante, existen diferentes eventos que los rodean de carácter específico dentro de una colectividad activa, siendo el Ministerio del Deporte de Tungurahua a través de sus eventos de rumba terapia en cada barrio de la ciudad de Ambato uno de los organizadores más significativos para el cantón en favor de la salud tanto física como mental debido que está demostrado que la práctica de ejercicio físico es un factor muy influyente en el descenso del riesgo de tolerar demencia de cualquier tipo, porque con el ejercicio físico se purifica y fortifica el sistema inmune y así crea el cerebro a través de la flexibilidad cerebral nuevas neuronas.

El Ministerio de Inclusión Económica y Social en la Provincia de Tungurahua, a través de sus Institutos y eventos determinados, en el presente año invirtió cerca de 24 millones 750 mil dólares, recursos que permitieron atender en carácter prioritaria a 28.721 niños y niñas; 42.150 madres; 35.431 Adultos Mayores, 434 niños con discapacidad; y 4.296 Adultos Mayores (MIES, 2012).

Hoy en día por el lado de la sobrecarga psíquica de los cuidadores tampoco existen exámenes, sin embargo, se observa durante la estadía a los centros gerontológicos la necesidad de

ampliar una medida para dicho inconveniente debido que existe una eminente sobrecarga entre los cuidadores que es mayor a medida que extiende la edad. La ayuda al cuidador debería completarse en la atención al paciente y es por esto que hace de suma importancia efectuar esta problemática.

Es por esto que es transcendental la mediación psicológica para fortificar la calidad de vida en los individuos que se intenta investigar. En la actualidad la población de adultos mayores ha incrementado debido la mejora en cuanto a situaciones nutritivas y salud; por lo que ha incrementado la esperanza de vida creando cambios en la sociedad.

Es por esto que estudiar la demencia y su dominio en la sobrecarga psíquica de sus cuidadores es sustancial debido que si existe en diferentes casos el grado riguroso o profundo de demencia en los adultos mayores lo que como consecuencia trae consigo un nivel de sobrecarga psíquica grave en los cuidadores, siendo esta una causa principal de estrés laboral por una lado y por otro abandono en el cuidado del adulto mayor por la escasez de interés en sus cuidados y por ende un cuidado defectuoso al adulto mayor.

La comodidad del adulto mayor implica las vivencias de cada individuo, las circunstancias en las que se manejan y las formas en las que enfrentan las particulares situaciones de la vida.

Las pérdidas que se dan en la ancianidad emplean a los individuos en instantes de desconcierto creando una crisis, misma que puede ser solucionada a través de la reflexión efectiva del avance vital vivido. Esta determinación implica el intelecto de que las destrezas que hoy se han desgastado en períodos anteriores brindaron bienestar y constituyeron parte de sí mismos.

La atención psicológica a los adultos mayores, así como en este caso a sus cuidadores que demuestran sobrecarga psíquica es primordial para impedir cualquier tipo de cambio anímico que perjudica al ser humano en sus esferas tanto personales, como profesionales y familiares.

La demencia puede ser específico como un síndrome especializado por la presencia de daño cognitivo constante que interfiere con la capacidad de la persona para llevar a cabo sus acciones profesionales o sociales, es autónomo de la presencia de cambios en el nivel de cognición. Entre los criterios diagnósticos de demencia más empelada, son dignos de alusión

los del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría.

La demencia ha sido archivada de acuerdo a varios criterios. La clasificación más manejada se fundamentó en las enfermedades que originan el síndrome demencial, que puede ser llamada clasificación etiológica, o más adecuadamente nosológica, ya que no se sabe la razón de muchas dolencias.

Los indicios de demencia comprenden dificultad con diversas áreas de la función mental, entre ellas:

- Memoria y recuerdo, interceptando en la ejecución de las acciones periódicas; distribución, habiendo conflicto para conservar la noción del tiempo y espacio; problema para la toma de decisiones y conducción de inconvenientes; requiere ayuda específica con el cuidado personal; cambios de conducta o personalidad; carencias en la producción del dialecto o la comprensión; alteración en el estado de ánimo; problemas con el cuidado y concentración.

Por esta razón al plantear esta investigación se pretende hacer un estudio exploratorio para conocer el nivel de sobrecarga psíquica de los cuidadores más frecuente así como el nivel de demencia promedio entre los pacientes adultos mayores, tanto por el malestar subjetivo que ocasiona la conducta del enfermo, como por la ausencia de habilidades en las relaciones sociales y los problemas que habitualmente se suelen crear con la convivencia diaria, para así establecer un modelo de intervención acorde a las necesidades de las personas investigadas.

Si no se aplica esta investigación los resultados se verán reflejados en los pacientes con demencias los mismos que no realizaran sus actividades con normalidad poniendo en riesgo su integridad física como psicológica, siendo un potencial riesgo para las personas que se encuentran a su lado, especialmente familiares y cuidadores.

De igual manera la sintomatología como estrés, cansancio físico y psíquico, negligencia en los cuidados de los adultos mayores será notable en los cuidadores ya que no conocen ni manejan técnicas de cuidado para los adultos, así también como técnicas de relajación que permitan al cuidador mantener un equilibrio tanto en lo laboral, familiar y social.

1.2.2 Formulación del problema

¿Influye la demencia de los adultos mayores en la sobrecarga psíquica de sus cuidadores?

1.3 Justificación

Ser adulto mayor no implica dejar de ser productivo para la sociedad y como consecuencia ser abandonado o no ser merecedor de derechos, con frecuencia a las personas que padecen demencia se les niegan libertades y derechos básicos de los que las demás personas disfrutan sin problema, es por eso que surge la necesidad de estudiar su problemática para su respectiva re inserción en actividades acordes a sus necesidades que los estimulen tanto a nivel cognoscitivo, psicológico y social para de esta manera llevar una vida saludable en un ambiente que les proporcione estabilidad y equilibrio tanto físico como psíquico.

Ahora por otro lado hablando de las personas que cuidan de los adultos mayores como una ayuda extra a la labor de los médicos y enfermeras, es decir las personas que se encargan de lograr que los adultos mayores ingieran sus alimentos y medicación, cuidar del aseo personal, ayudar en las necesidades biológicas como micción y defecación, las mayor parte de ellos son personas también de avanzada edad con conocimientos básicos sobre los cuidados de un adulto mayor por lo que se enfrentan a problemas como el estrés y la sobrecarga tanto psíquica como física.

Cada adulto mayor, como todo ser humano, por cierto, es distinto, tiene su historia particular es por esto que analizar este problema será de suma importancia debido que la influencia de la demencia con su respectivo nivel de deterioro sobre la sobrecarga psíquica de los cuidadores del Centro Gerontológico Señor de los Remedios permitirá conocer y comprender la situación real, además de la afectación en dicho grupo de investigación de tal manera que se pueda proponer una alternativa de solución a esta problemática.

Es auténtico y original porque es producto de la creatividad de la investigadora basado en una problemática real y actual que ha podido presenciar durante las entrevistas a autoridades y observaciones del lugar.

La investigación es factible ya que se cuenta con la población con la que se trabaja en el Centro Gerontológico Señor de los Remedios y con la colaboración tanto de los familiares de los pacientes y de las autoridades de la institución dentro del periodo establecido tanto entre autoridades y los respectivos pacientes y cuidadores para de esta manera diagnosticar y realizar el respectivo plan terapéutico.

El presente trabajo tendrá impacto psicológico y social; Psicológico porque a través de la investigación permitirá establecer los niveles de demencia en los adultos mayores, así como los niveles de sobrecarga psíquica en los cuidadores y social porque restablece vínculos y relaciones sociales y familiares tanto en los pacientes como en sus cuidadores.

Los beneficiarios directos serían los adultos mayores y sus respectivos cuidadores, debido que se pretende mejorar la calidad de atención a los adultos mayores como la salud mental de los cuidadores y a la vez concientizar a cerca de la importancia de la estabilidad emocional durante la jornada de trabajo como forma preventiva dentro de la salud mental, física y familiar. Los beneficiarios indirectos serán las demás personas que tengan relación con las personas investigadas como doctores, enfermeras, entre otros.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Determinar la influencia de la demencia de los adultos mayores del Centro Gerontológico Señor de los Remedios en la sobrecarga psíquica de sus cuidadores.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar los niveles de demencia en los adultos mayores del Centro Gerontológico Señor de los Remedios.
- Establecer el nivel de sobrecarga psíquica de los cuidadores del Centro Gerontológico Señor de los Remedios.
- Examinar la población de cuidadores que más afectada se encuentra, estudiada de acuerdo al género.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Estado del Arte

La investigación realizada por García, Serrano, López, et al. (2016) España sobre el tema “Ocupación laboral y riesgo de deterioro cognitivo y demencia en personas mayores de 55 años” explican que la principal ocupación laboral desarrollada por los sujetos mayores de 55 años a lo largo de la vida está relacionada con el deterioro cognitivo y la demencia, quienes tuvieron una actividad laboral predominante manual a lo largo de la vida tienen mayor riesgo de padecer demencia.

En la investigación con el tema “Viabilidad de un registro de demencias: características clínicas y cobertura diagnóstica” realizado por Olmo, López, Vila y Nierga (2015) en España, determinan que ante el progresivo envejecimiento poblacional, las demencias en el futuro van a cristianizar en un problema de salud pública; debido que en las últimas décadas la población anciana española se ha duplicado durante los últimos 30 años y este fenómeno va a extenderse en los próximos años aumentándose de forma notable. Es así que los casos de demencia registrados, han sido mujeres y la edad esta entre 78 a 84 años.

Otro estudio con el tema “Demencias: perspectiva del fin de siglo” elaborado por Donoso (2012) en Chile, especifica que el envejecimiento de la población que se ha producido a nivel mundial aumenta progresivamente y expone a quienes padecen la enfermedad y a sus familiares, además indica que las demencias son más frecuentes que hace 50 años.

La investigación con el tema “Demencias y enfermedad de Alzheimer: una prioridad nacional” desarrollado por Rodríguez (2013) en Cuba, finiquita que la demencia es la primera causa de discapacidad en los adultos mayores cubanos lo cual genera dependencia, necesidades de cuidado la mayor parte del tiempo, sobrecarga económica y principalmente estrés psicológico y físico en cada uno de los cuidadores.

La investigación realizada con el tema “Neuropsicología del envejecimiento y las demencias” efectuado por Pedraza (2013) en España, indica que con el aumento de edad se observa un

descenso parcial de las funciones cognitivas. La problemática de la demencia ha tomado importancia hoy en día ya que conocer que factores se concierne con un mayor o menor deterioro cognitivo, así como estar al tanto qué cambios cognitivos podría servir como marcadores de dependencia en circunstancias tempranas de deterioro cognitivo y síndromes demenciales implican de gran ayuda debido a su potencial para advertir contextos no deseadas sobre la salud y el bienestar en general.

Ayala, Castro, Díaz y Fernández (2015) Madrid-España en su tema “Salud y calidad de vida de personas mayores con demencia institucionalizadas “, indican que regularmente, después del inicio de los síntomas de demencia de las personas mayores viven aún muchos años, aunque la calidad de vida reduzca con la edad, y crezcan los problemas de salud, la edad por sí sola no es el factor que más favorece a la calidad de vida, en la población de las personas adultas mayores con demencia institucionalizadas son más importantes otros factores, tales como comorbilidad, capacidad funcional cognitiva residual, estado de ánimo, participación en actividades de ocio y gravedad de la demencia.

Sánchez y Fernández (2014) Salamanca en su estudio sobre “A propósito de un caso en adulto mayor con demencia vascular en atención domiciliaria”, concluyen que en casos clínicos se observó como la inactividad y falta de estimulación de las personas adultas mayores con demencia vascular, conlleva una mayor dependencia y falta de autonomía personal, con el consecuente empeoramiento de su calidad de vida relacionada con la salud. Por lo cual mencionan que es necesario la intervención de un programa de entrenamiento sobre la cognición cotidiana basada en terapias ocupacionales.

En la investigación sobre “Factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario. Medellín 2017” elaborado por Torres, Agudelo, Pulgarín y Berbesi (2018) mencionan que, en esta ciudad la prevalencia de sobrecarga del cuidador es alta, afectando principalmente su percepción de esta de salud, siendo así las mujeres quienes en mayor medida se encuentran asumiendo este rol, por esta razón el cuidador debe ser sujeto a derechos, que requiere atención en programas de prevención de riesgos que se derivan del cuidado dado, lo cual se ven constantemente sometidos a estrés y presión.

El estudio elaborado por Aguilar, Zamora y Casado (2012) España con el tema “Sobrecarga y dolor percibido en cuidadoras de ancianos dependientes”, concluye que las cuidadoras de

ancianos dependientes presentan elevados índices de sobrecarga y percepción de dolor provocada por las características especiales del cuidado que deben tener con las ancianos dependientes, existiendo estrecha relación entre la intensidad del dolor y la sobrecarga de las cuidadoras.

En otro tema investigativo sobre “Personas mayores cuidadores: sobrecarga y dimensión afectiva” desarrollado por Banchemo y Mihoff (2017) Uruguay con referencia al tema de la sobrecarga, las personas que se encargan del cuidado en su mayoría son mujeres quienes presentan sobrecarga, los hombres presentan síntomas de depresión. Es así que se destaca la importancia de cuidar a un familiar, cuidador-cuidado haciendo énfasis en fomentar las intervenciones con las cuidadoras a través de capacitaciones, asesoramiento, y apoyo, siendo un elemento que debería potenciarse en las políticas públicas.

En el estudio sobre “Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel” realizado por Prieto, Arias, Villanueva y Jiménez (2015) México, concluye que en su mayoría de los cuidadores fueron mujeres sin distinción de edad, personas casadas, amas de casa e hijas del paciente o enfermo, donde el cincuenta por ciento de los cuidadores presentaban el síndrome de sobrecarga de acuerdo según la evaluación de la escala de Zarit.

Landínez, Caicedo, Lara et al., (2015) Colombia en su estudio sobre “Implementación de un programa de formación a cuidadores de personas mayores con dependencia o discapacidad” indican el perfil de los cuidadores que en su mayoría son mujeres, en relación a la escolaridad son de nivel primaria incompleta y completa existen cuidadores que viven con las personas adultas mayores, ya que en su mayoría son hijos o hijas. En cuanto a la valoración de la sobrecarga, se ha determinado que existe un alto índice de sobrecarga de los cuidadores, observando además una percepción de alta dependencia, preocupación por el futuro de sus familiares.

En Paraguay en el estudio realizado por Piñanez, Domínguez y Núñez (2016) sobre “Sobrecarga en cuidadores principales del adultos mayores”, concluyen que el nivel de sobrecarga de los cuidadores principales fue predominante, presentando síntomas depresivos en un alto porcentaje, siendo así que los cuidadores femeninos son más de cuarenta años, de estado civil casados, de escolaridad secundaria, y es familiar que conviven con el adulto

mayor. Por lo cual es importante considerar la intervención de un equipo de salud para aplicar un manejo precoz de los cuidadores cuya sobrecarga es suficiente para limitar su desarrollo personal.

En la investigación “Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas dependientes” en Chile realizado por Díaz, Mendoza y Sáez (2015) concluyen que los cuidadoras/es que poseen mayor habilidad de cuidado presentan ausencia de sobrecarga, es decir quienes han desarrollado formas equilibradas y funcionales para afrontar las condiciones adversas que plantea la labor de cuidar en el hogar, no tendrán problemas de sobrecarga o depresión. Es por esta razón que es necesario contar con programas de intervención de enfermería para mejorar sus habilidades.

En relación con lo mencionado por las investigaciones anteriores de varios autores, el presente tema de investigación tiene sus fundamentos en la psicoeducación y psicohigiene, estudiando aspectos relacionados con la evolución del adulto mayor y sus características, además la influencia que tiene la demencia sobre la sobrecarga psíquica de sus los cuidadores considerando como objetivo mejorar la atención y el apoyo prestados a las personas con demencia por parte de sus cuidadores y a su vez mejorar la calidad de vida de los mismos, siendo así que el presente estudio busca beneficiar principalmente a los cuidadores de los adultos mayores con demencia, con la finalidad de brindar al cuidador información y orientación integral en el cuidado, utilizando la terapia racional explicativa.

2.2 Fundamentación Teórica

2.2.1 Psicopatología

La **Psicopatología** es una disciplina que expone algunas conductas que causan impedimento, malestar, a partir del deterioro de las funciones cognitivas o neuroanatómicas, cuyo objetivo es comprender los proceso que inciden en los estados no saludables dentro del proceso mental, a través del estudio de las causas de las enfermedades mentales.

Según Torres, Barrantes y Tajim (2015) indican que la psicopatología es una ciencia en sí misma que tiene por objeto el establecimiento de reglas y conceptos generales, empezando por la unidad que es el ser humano , va descomponiéndolo en funciones psíquicas, así como; la percepción, la memoria, la conciencia, etc., y se desentiende de la terapéutica.

Partiendo desde una “Perspectiva Biomédica” que afronta a los trastornos mentales como cualquier otra clase de enfermedad, reflexiona que las alteraciones psicopatológicas son generadas por anormalidades subyacentes (neurológicas, bioquímicas, genéticas) (Tajima, Torres, Martínez, & et al, 2014).

La Psicopatología entiende que los Trastornos Mentales Orgánicos son aquellos que tienen causas físicas evidentes como ocurre con el Alzheimer, mientras que los trastornos mentales funcionales dan origen a los diversos patrones de conducta anormal que no brindan indicios concretos de alteraciones orgánicas en el cerebro.

Así también desde el modelo conductual, la Psicopatología no hace diferencias relevantes entre las conductas patológicas y las conductas “normales” ya que considera que las dos conductas son el resultado del constante aprendizaje condicionado por el ambiente o el entorno de desarrollo de cada individuo.

Trull y Phares (2003) define a la psicopatología como “el acaecer psíquico realmente consiente que entiende las vivencias como se formulan objetivamente en cuanto personifican acontecimientos psicológicos, aunque la frontera entre lo psicopatológico y psicológico es constantemente incierta”.

La psicopatología está estrechamente coherente con la psicología, la medicina somática, además de poseer gran importancia la filosofía ya que le brindan al psicopatólogo una apariencia clara en cuanto a los conocimientos, sin embargo, los valores éticos son independientes en cada una de las valoraciones psicopatológicas.

En la psicopatología se experimenta al ser humano como un todo en cuanto enfermo, en donde se reúnen todos los métodos de la ciencia tales como la biología, estadística, sociología, matemática, ciencias del espíritu; además de la fenomenología como método, se concentran otras perspectivas y resultados aportados por las ciencias, donde cada una representa distintos aportes que buscan la comprensión del ser humano.

En síntesis, se puede decir que un comportamiento anormal es una enfermedad que surge por el funcionamiento anormal de alguna parte del organismo.

2.2.2 Trastorno Mental

La Organización Mundial de la Salud define a la salud mental como “un estado de bienestar en donde el individuo es consciente de sus propias capacidades, que puede afrontar las tensiones normales de la vida, que puede trabajar de manera productiva y fructífera siendo capaz de contribuir a su comunidad; sin descartar la ausencia de trastornos mentales”

Se dice que el trastorno mental es el síndrome o un patrón psicológico sujeto a interpretación clínica, que generalmente se lo asocia a un malestar o a una discapacidad (Organización Mundial de la Salud, 2013), en este ámbito se recalca que una enfermedad de tipo mental es aquella que se produce a raíz de una alteración que afecta en los procedimientos cognitivos, afectivos del desarrollo, la misma q se traduce en alteraciones del comportamiento, impedimentos para comprender y dificultades para adaptarse al entorno.

Cabe recalcar que los distintos trastornos mentales pueden ser consecuencias de factores biológicos (neurológicos, genéticos u otros), ambientales o psicológicos, por lo que requiere de un abordaje multidisciplinario enfocado a mejorar la calidad de vida de cada sujeto teniendo en cuenta el ambiente en el que se desarrolló.

La palabra trastorno mental “se aplica a cualquier enfermedad de alteración genética de la salud mental, sea o no consecuencia de una alteración somática conocida” (Martínez, 2007).

Muchos son los signos o síntomas que muestran que una persona padece algún trastorno mental; por ejemplo, se encuentran los trastornos del sueño, alteraciones en la memoria, conducta de tipo agresiva, así como también problemas en la percepción visual o auditiva.

Según Pichot, López y Valdés (2016) en el manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) el término “trastorno mental” envuelve desafortunadamente una distinción entre trastornos mentales y físicos en donde facilita una clasificación de los trastornos mentales y que carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades.

A través del DSM-IV que propone una descripción del funcionamiento del paciente por medio de 5 ejes, con el propósito de contar con un panorama general de diferentes ámbitos de funcionamiento, que son los siguientes:

Tabla N°1: Ejes de la clasificación multiaxial del DSM-IV

Eje I	Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica
Eje II	Trastornos de la personalidad. Retraso mental
Eje III	Enfermedades médicas
Eje IV	Problemas psicosociales y ambientales
Eje V	Evaluación de la actividad global

Fuente: DSM-IV (2016)

Los trastornos mentales incluyen la siguiente clasificación según el (DSM-IV):

- a) Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia
- b) Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos
- c) Trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no clasificados en otros apartados
- d) Trastornos relacionados con sustancias
- e) Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
- f) Trastornos del estado del ánimo
- g) Trastornos de ansiedad
- h) Trastornos somatomorfos
- i) Trastornos facticios
- j) Trastornos disociativos
- k) Trastornos sexuales y de la identidad sexual
- l) Trastornos de la conducta alimentaria
- m) Trastornos del sueño
- n) Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados
- o) Trastornos adaptativos
- p) Trastornos de la personalidad
- q) Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

2.2.3 Trastorno Mental Orgánico

Dentro de los trastornos mentales orgánicos se plantean algunos problemas a nivel conceptual con respecto a los modelos aplicados a la tradicional dicotomía cerebro-mente, así como las hipótesis etiológicas subyacentes a las distintas nosografías.

Con el término orgánico no se pretende excluir la existencia del substrato cerebral del resto de los trastornos psiquiátricos. Significa que el síndrome clasificado como tal puede ser atribuido a un trastorno o enfermedad cerebral o sistémica diagnosticable en si misma (Moreno & Blanco, 2012)

El término trastorno mental orgánico no es muy usado en el DSM-IV, ya que podría entenderse incorrectamente que los trastornos mentales “no orgánicos”, carecen de una base biológica. En el DSM-IV los trastornos antes llamados “trastornos mentales orgánicos” se han agrupado en tres secciones: 1) delirium, demencia, trastorno amnésico y otros trastornos cognoscitivos; 2) trastornos mentales debidos a una enfermedad médica, y 3) trastornos por consumo de sustancias. (Pichot, López, & Valdés, 2016)

El uso del término "orgánico" significa que el síndrome clasificado como tal puede ser atribuido a un trastorno o enfermedad cerebral orgánico o sistémico diagnosticable en sí mismo. El término "sintomático" se utiliza para los trastornos mentales orgánicos en los cuales la afectación cerebral es secundaria a un trastorno o enfermedad sistémica extra cerebral.

La mayoría de los trastornos mentales orgánicos pueden comenzar a cualquier edad, excepto quizás durante la primera infancia. En la práctica, la mayoría de estos trastornos tienden a empezar en la edad adulta. Algunos de estos trastornos son aparentemente irreversibles y progresivos y otros son transitorios o responden a tratamientos específicos.

2.2.4 Demencia

La demencia “es un síndrome generalmente de naturaleza crónica o progresiva– caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento)

más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal” (Moreno & Blanco, 2012).

La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación.

La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en el mundo entero, además tiene un impacto físico, psicológico, social y económico en los cuidadores, las familias y la sociedad, aunque afecta principalmente a las personas mayores, la demencia no constituye una consecuencia normal del envejecimiento.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2013) demencia es un síndrome causado por una enfermedad del cerebro usualmente de la naturaleza crónica o progresiva en la cual hay una alteración de múltiples funciones corticales, superiores, incluyendo la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el lenguaje, la capacidad de aprender y de realizar cálculos, y la toma de decisiones.

Signos y síntomas

La demencia afecta a cada persona de manera diferente, dependiendo del impacto de la enfermedad y de la personalidad del sujeto antes de empezar a padecerla. Los signos y síntomas relacionados con la demencia se pueden entender en tres etapas.

Según Moreno y Blanco (2012) indican algunas etapas de la demencia, se detalla a continuación:

Etapas tempranas (leve): a menudo pasa desapercibida, ya que el inicio es paulatino. Los síntomas más comunes incluyen:

- Tendencia al olvido;
- Pérdida de la noción del tiempo;
- Desubicación espacial, incluso en lugares conocidos.

Etapa intermedia (moderada): a medida que la demencia evoluciona hacia la etapa intermedia, los signos y síntomas se vuelven más evidentes y más limitadores. En esta etapa las personas afectadas:

- Empiezan a olvidar acontecimientos recientes, así como los nombres de las personas;
- Se encuentran desubicadas en su propio hogar;
- Tienen cada vez más dificultades para comunicarse;
- Empiezan a necesitar ayuda con el aseo y cuidado personal;
- Sufren cambios de comportamiento, por ejemplo, dan vueltas por la casa o repiten las mismas preguntas.

Etapa tardía (grave): en la última etapa de la enfermedad, la dependencia y la inactividad son casi totales. Las alteraciones de la memoria son graves y los síntomas y signos físicos se hacen más evidentes. Los síntomas incluyen:

- Creciente desubicación en el tiempo y en el espacio;
- Dificultades para reconocer a familiares y amigos;
- Necesidad cada vez mayor de ayuda para el cuidado personal;
- Dificultades para caminar;
- Alteraciones del comportamiento que pueden exacerbarse y desembocar en agresiones.

Clasificación de Demencia CIE 10

F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer

Es una enfermedad degenerativa cerebral primaria de etiología desconocida, con unos rasgos neuropatológicos y neuroquímicos característica. Se clasifica en;

- **F00.0 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio precoz:** a los 65 años o antes, con un curso de deterioro relativamente rápido y con múltiples y marcadas alteraciones de las funciones corticales superiores.
- **F00.1 Demencia en la enfermedad de Alzheimer de inicio tardío:** después de los 65 años, con una progresión lenta y con deterioro de la memoria como rasgo principal.

- **F00.2 Demencia en la enfermedad de Alzheimer atípica o mixta:** con importantes rasgos atípicos o que cumple criterios para ambos tipos (inicio precoz y tardío).
- **F00.9 Demencia en la enfermedad de Alzheimer sin especificación** (Crespo, Bernaldo, Gómez, & Fernández, 2015)

F01 Demencia vascular

Se describe como toda demencia secundaria a muerte neuronal derivada de procesos isquémicos o hemorrágicos. Las demencias vasculares constituyen el segundo tipo de demencia más frecuente tras la enfermedad de Alzheimer. (Rojo, Ayuso, García, & González, 2019)

- **F01.0 Demencia vascular de inicio agudo:** se desarrolla ágilmente más o menos (en 1 mes, pero no en más de 3 meses) después de una serie de ictus.
- **F01.1 Demencia multi-infarto:** inicio gradual (entre 3 y 6 meses) antepuesto de varios episodios isquémicos menores.
- **F01.2 Demencia vascular subcortical:** Antecedente de hipertensión arterial.
- F01.3 Demencia vascular mixta cortical y subcortical
- F01.8 Otra demencia vascular
- F01.9 Demencia vascular sin especificación (Organización Mundial de la Salud, 2014)

F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar

Estos casos son debidos a una etiología distinta a la enfermedad de Alzheimer o de la cerebrovascular.

- **F02.0 Demencia en la enfermedad de Pick:** progresiva de inicio en la edad media, que se caracteriza por cambios de carácter y deterioro social precoces y lentamente progresivos, seguidos de un deterioro de la funciones de inteligencia, de la memoria y del lenguaje, con apatía, euforia y, ocasionalmente, fenómenos extrapiramidales.
- **F02.1 Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob:** progresiva, con múltiples signos y síntomas, debida a cambios neuropatológicos específicos, supuestamente causados por un agente transmisible.
- **F02.2 Demencia en la enfermedad de Huntington:** se muestra estableciendo parte de una degeneración diseminada del tejido cerebral, la enfermedad se transmite por un único autosómico dominante.

- **F02.3 Demencia en la enfermedad de Parkinson:** aparece en el curso de una enfermedad de Parkinson claramente establecida, se han demostrado rasgos clínicos distintivos.
- **F02.4 Demencia en la infección por HIV:** esta se despliega en el curso de una infección por VIH, en ausencia de una enfermedad concomitante u otros trastornos.
- **F02.8 Demencia en enfermedades específicas clasificadas en otro lugar:** pueden producirse como consecuencia de una variedad de situaciones cerebrales o somáticas. (Crespo, Bernaldo, Gómez, & Fernández, 2015)

F03 Demencia sin especificación

Se recurre a esta categoría cuando se satisfacen las pautas generales para el diagnóstico de demencia pero no es posible identificar ninguno de los tipos específicos (F00.0-F02.8).

F04 Síndrome amnésico orgánicos no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas

Se trata de un síndrome caracterizado por un deterioro marcado de la memoria para hechos reciente y de la memoria para hechos remotos, donde la memoria para hechos inmediatos está conservada.

F05 Delirium no inducido por alcohol y otras sustancias psicótropas

Se trata de un síndrome cerebral orgánico que carece de una etiología específica, caracterizada por la presencia simultánea de trastorno de la conciencia y atención, de la percepción, del pensamiento, de la memoria, de la psicomotilidad, de las emociones y del ciclo del sueño-vigilia.

- **F05.0 Delirium no superpuesto a demencia:** este código se usa en los casos en los que se satisfacen de un delirium que no se superpone a una demencia previa.
- **F05.1 Delirium superpuesto a demencia:** este código se usa para los casos en los que se satisfacen las pautas anteriores desarrolladas en el curso de la demencia.
- **F05.8 Otro delirium no inducido por alcohol o droga:** en esta incluye el, delirium de origen mixto y el delirium o estado confusional subagudo.
- F05.9 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas sin especificación
- F05.0 Delirium no superpuesto a demencia. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática

Aquí incluye distintos trastornos mentales causados por alteraciones cerebrales debidas a una enfermedad cerebral primaria, a una enfermedad sistémica o de otra naturaleza que afecta secundariamente al cerebro o a una sustancia toxica exógena.

- **F06.0 Alucinosis orgánica:** se trata de un trastorno caracterizado por alucinaciones persistentes o recurrentes, normalmente visuales o auditivas, que se presentan en un estado de conciencia clara y que pueden ser o no ser reconocidas como tales por el que las padece.
- **F06.1 Trastorno catatónico orgánico:** es un trastorno caracterizado por un actividad psicomotriz disminuida (estupor) o aumentada (agitación), que se acompaña de síntomas catatónicos.
- **F06.2 Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico:** es un trastorno en cuyo cuadro clínico predomina ideas delirantes o persistentes o recurrentes.
- **F06.3 Trastorno del humor (afectivos) orgánicos:** se caracteriza por una depresión del estado de ánimo, una disminución de la vitalidad y un decremento de la actividad.
- **F06.4 Trastorno de ansiedad orgánico:** aquí se presentan los rasgos esenciales de un trastorno de ansiedad generalizada, de trastorno de pánico o por una combinación de ambos, pero que se presenta como consecuencia de un trastorno orgánico capaz de producir una disfunción cerebral.
- **F06.5 Trastorno disociativo orgánico:** es un trastorno que satisface las pautas de uno de los trastornos disociativos, y a la vez las pautas generales de etiología.
- **F06.6 Trastorno de labilidad emocional (asténico) orgánico:** es un estado caracterizado por la presencia de incontinencia o labilidad emocionales persistentes, de fatigabilidad y de diversas sensaciones corporales desagradables, y dolores atribuibles a un factor orgánico.
- **F06.7 Trastorno cognoscitivo leve:** Este trastorno puede preceder, acompañar o suceder a infecciones o trastornos somáticos, cerebrales o sistémicos (incluyendo la infección por HIV) muy diversos
- **F06.8 Otro trastorno mental especificado debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática cerebral o a enfermedad somática sin especificación:** en este incluye la psicosis epiléptica sin especificación. (O.M.S, 2014)

F07 Trastornos de personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral

La alteración de la personalidad y del comportamiento debido a una enfermedad, una lesión o una disfunción cerebral, puede ser de carácter residual concomitante con una enfermedad daño o disfunción cerebral.

- **F07.0 Trastorno orgánico de la personalidad:** se caracteriza por una alteración significativa de las formas habituales del comportamiento premórbidos.
- **F07.1 Síndrome post-encefálico:** En este síndrome se incluyen los cambios de comportamiento residuales que se presentan tras la recuperación de una encefalitis vírica o bacteriana.
- **F07.2 Síndrome post-conmocional:** se presenta normalmente después de un traumatismo craneal, por lo general suficientemente grave como para producir una pérdida de la conciencia.
- **F07.8 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral:** Las enfermedades, lesiones o disfunciones cerebrales pueden producir muy diversos trastornos cognoscitivos, emocionales, de la personalidad y del comportamiento y no todos ellos son clasificables en los apartados anteriores.
- **F07.9 Trastorno de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral sin especificación:** aquí incluye el psicósíndrome orgánico.

F09 Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación

En este trastorno incluye la psicosis orgánica sin especificación, y la psicosis sintomático sin especificación. (O.M.S, 2014)

Formas más comunes de la demencia

Las formas, o causas, de la demencia son múltiples y diversas. La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia, otras formas frecuentes son la demencia vascular, la demencia por cuerpos de Lewy (agregados anormales de proteínas en el interior de las células nerviosas) y un grupo de enfermedades que pueden favorecer a la demencia frontotemporal

(degeneración del lóbulo frontal del cerebro). Los límites entre las diferentes formas de demencia son difusos y frecuentemente coexisten formas mixtas.

Las demencias degenerativas son enfermedades representadas por pérdida neuronal y sináptica y por el depósito cerebral de adheridos proteicos insolubles intra y/o extracelulares, cada tipo de depósito proteico tiende a seguir un patrón topográfico que se armoniza con las características clínicas que precisan a cada tipo de demencia. La demencia puede ser la expresión clínica preponderante (Molinuevo & Peña, 2009).

La mayoría de las demencias degenerativas son enfermedades que surgen en edades más avanzadas, a partir de los 65 años, y son de presentación esporádica, si bien en casi todas ellas coexisten formas hereditarias y formas de inicio precoz. Se inician de forma insidiosa, para seguir un curso progresivo e irreversible.

La demencia es una de las primordiales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en todo el mundo. Puede implicar angustiosa no solo para quienes la padecen, sino también para sus cuidadores y familiares. A menudo hay una falta de concienciación y comprensión de la demencia, lo que puede causar estigmatización y suponer un obstáculo para que los individuos acudan a los oportunos servicios de diagnóstico y atención. El impacto de la demencia en los cuidadores, la familia y la sociedad puede ser de carácter físico, psicológico, social y económico.

Las formas, o causas, de la demencia son múltiples y diversas, las mismas que son:

- **Enfermedad de Alzheimer**

La EA es una entidad clínico-patológica de naturaleza degenerativa y evolución progresiva, que se caracteriza clínicamente por deterioro cognitivo y demencia y neuropatológicamente por la presencia de ovillos neurofibrilares y placas neuríticas. Es el tipo de demencia más frecuente, representa hasta el 70% de los casos de demencia. En la mayoría de casos la presentación es esporádica, pero existen casos familiares, algunos de los cuales se asocian a mutaciones conocidas de transmisión autosómica dominante. (Organización Mundial de la Salud, 2013)

El síntoma fundamental de la EA es la pérdida de memoria episódica, que se manifiesta inicialmente con una mayor dificultad para el registro de nueva información. Posteriormente se afectan aspectos del lenguaje, habilidades visuoespaciales, capacidades constructivas, praxis motoras y funciones ejecutivas (Millán, 2012). La atención a las personas con enfermedad de Alzheimer u otras demencias debe basarse en las guías de práctica clínica actualizadas. (Parra, Sánchez, & García, 2019)

Aunque la EA se presenta típicamente como pérdida de memoria, existen formas de inicio atípico infrecuentes que se presentan con un síndrome frontal, un cuadro de afasia progresiva, apraxia progresiva o un síndrome agnóstico visual por atrofia cortical posterior. Con la evolución de la enfermedad hay una pérdida progresiva de autonomía en las actividades habituales de la vida diaria. La EA es una demencia degenerativa primaria de inicio insidioso y curso progresivo que se caracteriza clínicamente por la pérdida de memoria y otras funciones cognoscitivas, así como por una serie de síntomas no cognitivos, entre estos, los de tipo depresivo o psicótico, y los trastornos de comportamiento. (Aguera, Blanco, et al. 2005)

La mayoría de los enfermos presenta también síntomas psicológicos y conductuales. Pueden presentarse ya en fases leves, aunque suelen ser más evidentes en fases moderadas y avanzadas. Estos síntomas son importantes por su frecuencia y por su impacto en la calidad de vida de los pacientes y en la carga de los cuidadores.

- **Demencia de los cuerpos de Lewy**

Se caracteriza clínicamente por la asociación de deterioro cognitivo-demencia fluctuante, parkinsonismo y síntomas psicóticos, y patológicamente por la presencia de cuerpos y neuritas de Lewy en la corteza cerebral y habitualmente también en núcleos subcorticales.

La demencia suele cursar con fluctuaciones de los déficits cognitivos y del nivel de conciencia. El parkinsonismo suele ser de predominio acinéutico y habitualmente simétrico con alteración temprana de la marcha aunque puede estar ausente hasta en el 25% de pacientes con diagnóstico confirmado patológicamente, lo que dificulta el diagnóstico (Millán, 2012).

Los síntomas psicóticos particulares son alucinaciones visuales detalladas e ideas delirantes estructuradas. También son habituales los signos de disfunción autonómica, el trastorno de conducta del sueño REM, la hipersomnia, las caídas y la hipersensibilidad a los neurolépticos.

- **Demencia asociada a la enfermedad de Parkinson**

Es la que surge en el argumento de una enfermedad de Parkinson característica determinada, y que afecta a más de un dominio cognitivo, especialmente la atención y la función ejecutiva y visuoespacial (Molinuevo & Peña, 2009).

En ésta demencia emergen anticipadamente o al mismo tiempo que los síntomas parkinsonianos, se reflexiona que debe haber transcurrido al menos un año entre el inicio del parkinsonismo y la aparición de la demencia.

Al igual que ocurre con la DV, las lesiones anatomopatológicas de la EP y de la DLB se encuentran muchas veces también presentes en las autopsias de los pacientes con EA, y a la inversa, por lo que concurren controversias sobre la independencia de ambas entidades. Son raros los casos de enfermedad con patología Lewy pura sin patología de tipo Alzheimer.

- **Degeneraciones lobulares frontotemporales**

Las DLFT son un conjunto de enfermedades neurodegenerativas que se determinan clínicamente por alteraciones prominentes de la conducta y/o del lenguaje, y patológicamente por atrofia cerebral focal habitualmente de los lóbulos frontales y/o estacionales que puede ser simétrica o asimétrica. Aunque es poco frecuente, compone la segunda causa de demencia en menores de 65 años después de la EA. No se suele conmovir de manera predominante la memoria ni las habilidades espaciales.

En la práctica clínica se diferencian tres grandes síndromes: la variante frontal (DLFT) cuando prevalece el trastorno conductual de tipo frontal, y la demencia semántica (DS) y la afasia progresiva no fluente (APNF) cuando predomina el trastorno del lenguaje. Hay algunas formas menos frecuentes en las que predomina un síndrome de apraxia progresiva (Molinuevo & Peña, 2009).

- **Otras enfermedades neurodegenerativas**

Enfermedad de Huntington: enfermedad neurodegenerativa hereditaria de transmisión autosómica imperiosa. La mutación se encuentra en el gen de la huntingtina (HTT) en el cromosoma 4, una proteína de función desconocida, y da lugar a una expansión variable de tripletes CAG. Las células más afectadas son las neuronas espinosas del estriado. Cursa con variaciones motoras (corea, distonía, temblor, rigidez), cognitivas (memoria, función

ejecutiva y habilidades visuomotoras) y psiquiátricas (irritabilidad, manía, depresión, psicosis o trastorno obsesivo-compulsivo).

Los trastornos cognitivos suelen surgir en fases avanzadas, aunque pueden mostrarse ya en fases iniciales, principalmente en las formas juveniles (variante Westphal). Los déficits más importantes son de tipo disejecutivo y visuoperceptivo.

Enfermedades priónicas o encefalopatías espongiiformes transmisibles: procesos neurodegenerativos que se caracterizan por la acumulación de isoformas patológicas de la proteína priónica, pérdida neuronal, gliosis y espongiosis. La más habitual es la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ). Son poco prevalentes, y expiden con una combinación variable de demencia, ataxia, mioclonias, signos piramidales y extrapiramidales y alteraciones del comportamiento.

El cuadro es ligeramente progresivo y la muerte suele ocurrir en menos de 1 año. Las enfermedades priónicas pueden mostrarse de forma condicional, genética o haberse adquirido iatrogénicamente.

Parálisis supranuclear progresiva: enfermedad neurodegenerativa que se determina por trastorno de la marcha, caídas, variaciones posturales, parkinsonismo rigidoacinéutico de predominio axial, alteraciones oculomotoras, parálisis pseudobulbar y alteraciones cognitivas frontosubcorticales como apatía y disfunción ejecutiva.

Degeneración corticobasal: enfermedad neurodegenerativa representada por un síndrome de apraxia asimétrica y de disfunción frontoparietal, sensación del miembro extraño, desgaste de sensibilidad cortical, mioclonias, distonía focal y signos de parálisis supranuclear progresiva.

Otras enfermedades degenerativas infrecuentes: demencia con gránulos argirófilos, degeneraciones espinocerebelosas, leucodistrofias, enfermedad de Hallervorden-Spatz, encefalopatía familiar con cuerpos de neuroserpina, amiloidosis familiar británica y danesa, demencia con cuerpos de inclusión intranucleares, etc.

Demencias mixtas: solapamiento de procesos neuropatológicos diversos, aunque un tipo suele predominar sobre el resto. Una de las más frecuentes es la combinación de DV y EA.

- **Demencias vasculares**

Las DV son demencias supletivas a una o varias lesiones vasculares cerebrales, de cualquier etiología. Incluyen las siguientes entidades:

Demencia multiinfarto: demencia secundaria a la repetición de infartos corticales en el territorio de arterias de calibre mediano o grande. Es la forma de DV que más se ajusta al patrón clásico de demencia de inicio agudo y evolución paulatina con empeoramientos relacionados con nuevos eventos vasculares. Los déficits cognitivos y focales dependen de la localización de los infartos.

Demencia por infarto estratégico: demencia debida a un infarto en una localización tal que afecta a varias funciones cognitivas. Se incluyen las demencias debidas a infartos en tálamo paramediano, giro angular, rodilla de la cápsula interna, caudado bilateral o territorio profundo de la arteria cerebral anterior.

Demencia vascular subcortical: acumulación de infartos lacunares o lesiones vasculares de la sustancia blanca periventricular y profunda por enfermedad de los vasos pequeños, habitualmente hipertensiva (arteriolosclerosis); también puede ser diabética, por angiopatía amiloide, angiopatías hereditarias como la arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía (CADASIL), estados de hipercoagulabilidad o hipoxia.

Demencia postictus: cualquier tipo de demencia que se desarrolla después de un ictus.

Demencia mixta: el hallazgo anatomopatológico más habitual en los estudios poblacionales de demencia es la combinación de distintas variaciones (amiloidopatía, sinucleinopatía, taupatía y enfermedad vascular). El término demencia mixta se aplica habitualmente a la combinación de EA y enfermedad vascular. (Molinuevo & Peña, 2009).

Existen numerosos criterios diagnósticos, que se basan en la presencia de demencia, signos focales y evidencia de enfermedad vascular cerebral. Todos ellos tienen alta especificidad, pero una sensibilidad muy baja.

Los criterios más usados, de NINDS/AIREN permiten el diagnóstico de DV posible cuando hay signos focales en ausencia de neuroimagen o cuando hay enfermedad vascular cerebral

relevante sin relación temporal clara entre demencia e ictus. La escala de isquemia de Hachinski ayuda a distinguir entre DV y EA.

El diagnóstico de la demencia es fundamentalmente clínico. La información necesaria para saber si se cumplen los criterios clínicos de demencia y de sus subtipos se recogen en la anamnesis y la exploración.

La investigación neuropsicológica ayuda a detectar casos leves y al diagnóstico diferencial. El diagnóstico etiológico de certeza de las demencias degenerativas se basa en el examen neuropatológico, excepto en los casos con mutación patogénica conocida.

2.2.5 Psicología Clínica

La psicología clínica es una de las áreas profesionales más dinámicas de la psicología por sus diferentes ámbitos de desempeño, que la han llevado a relacionarse con disciplinas y profesiones tales como la psiquiatría, la reeducación, el derecho, la neurociencia y la psicopatología.

Si bien para autores como Molinuevo y Peña (2009), los psicólogos clínicos se dedican al diagnóstico y el tratamiento psicológico, otros resaltan que éstos además de estas actividades meramente profesionales, se dedican a otras como la consultoría, la enseñanza y la investigación. Siguiendo a (Butcher, James, Mineka, & Hooley, 2007), se puede plantear que los psicólogos en el campo clínico se dedican a las siguientes actividades:

1. El diagnóstico y la evaluación psicológica, por medio de las cuales estar a la mira, cuantifican y determinan las capacidades, los problemas y las limitaciones psicológicas y sociales de los consultantes.
2. La intervención, mediante la planificación y ejecución de programas de terapia individual o grupal, derivados de principios teóricos propios de la psicología, donde el terapeuta y el consultante establecen objetivos propensos a mejorar la calidad de vida de este último.
3. La consulta, brindando asesoría a diferentes tipos de organizaciones.
4. La enseñanza y la investigación, desempeñándose en universidades a través de cursos sobre técnicas de entrevista, pruebas psicológicas, personalidad, psicoterapia o de

introducción a la psicología clínica, realizando actividades de supervisión de las prácticas de estudiantes de pregrado o postgrado y participando en proyectos de investigación en algunos de los campos teóricos o aplicados de la disciplina.

5. La administración, conquistando cargos directivos en universidades, en instituciones sanitarias o gubernamentales o participando en comités administrativos.

Además de estos múltiples roles, la psicología clínica muestra disímiles orientaciones que evidencian distintas visiones sobre la conducta desadaptativo o anormal y su evaluación y tratamiento. Dentro de éstos se pueden resaltar la perspectiva psicodinámica, el enfoque humanista, la orientación sistémica y la terapia cognitivo conductual (Moreno & Blanco, 2012)

Las áreas de habilidad central para el campo de la psicología clínica completan la evaluación, el diagnóstico, la intervención, el tratamiento, la consulta, y la investigación con la diligencia con la aplicación de principios éticos y profesionales. Los psicólogos clínicos se diferencian por la experiencia en áreas de personalidad, psicopatológica y por la unificación que hace la ciencia y práctica (Landínez, Caicedo, Lara et al. 2015)

El campo de la psicología por su función teórica y la diversidad en sus procedimientos de intervención práctica, beneficia a la clínica de ahí su importancia como ciencia en sus diversas corrientes sistémica, cognitiva y psicoanálisis. Promueve en la práctica alternativas de atención, diagnóstico y terapias apropiadas en la aplicación a pacientes.

2.2.6 Psicodiagnóstico

El psicodiagnóstico es un proceso que tiene por propósito primordial la definición de un diagnóstico del estado de salud mental de la persona consultante, y resulta fundamental para orientar un tratamiento adecuado (Cabrera & López, 2013)

Dentro de dicho diagnóstico se evalúan las distintas áreas del funcionamiento psicológico del paciente (afectiva, cognitiva y relacional), y se intenta definir las características de personalidad y conflictos que subyacen al motivo de consulta que la persona trae consigo.

La entrevista clínica es la primera y más importante herramienta dentro de un proceso psicodiagnóstico. Esta etapa le brinda al profesional un conocimiento global de la persona

consultante, para esto resulta esencial el discurso del propio paciente sobre sí mismo y respecto de lo que le está sucediendo (Cabrera & López, 2013)

Durante las entrevistas clínicas se recaban antecedentes del motivo de consulta, del desarrollo e historia de vida, relaciones sociales, familiares y de pareja, área vocacional- laboral, historia de tratamientos anteriores, entre otros.

Luego de la realización de una o más entrevistas clínicas, se recurre a la aplicación de test psicológicos, de los cuales existe una amplia gama. En términos generales los test psicológicos.

La información recogida a partir de la observación clínica, y la entregada por el paciente, se complementa con la obtenida en los test, y permite realizar un diagnóstico que orientará de mejor forma el tratamiento psiquiátrico y/o psicológico (Cabrera & López, 2013)

Para finalizar el proceso psicodiagnóstico se realiza una devolución al paciente respecto de su diagnóstico, pronóstico y posibilidades de tratamiento, acordándose en conjunto con éste los objetivos del mismo.

2.2.7 Estrés

El estrés es la respuesta automática y natural de nuestro cuerpo ante las situaciones que nos resultan amenazadores, desafiantes, nocivos o desagradables y consiste, básicamente, en una movilización de recursos: fisiológicos y psicológicos para poder afrontar tales demandas.

El estrés suele hacer referencia a ciertos acontecimientos en los cuáles las personas se encuentran con situaciones que implican demandas fuertes y que pueden agotar los recursos de afrontamiento.

Al estrés se le entiende como un proceso que se instruye ante un conjunto de demandas ambientales que recibe la persona, a las cuáles debe dar una respuesta apropiada, colocando en marcha sus recursos de afrontamiento.

Cuando la demanda del ambiente (laboral, social, etc.) es enorme frente a los recursos de resistencia que se poseen, se van a desarrollar una serie de reacciones adaptativas, de movilización de recursos, que envuelven activación fisiológica. Esta resistencia de estrés incluye una serie de reacciones emocionales negativas (desagradables), de las cuáles las más importantes son: la ansiedad, la ira y la depresión (Vindel, 2012)

El cuerpo humano responde a estas situaciones activando el sistema nervioso y ciertas hormonas. El hipotálamo envía señales a las glándulas adrenales para que produzcan más adrenalina y cortisol y envíen estas hormonas al torrente circulatorio. Estas hormonas aumentan la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la presión arterial y el metabolismo (Martínez, 2007)

Los vasos sanguíneos se agrandan para consentir una mayor circulación sanguínea hacia los músculos, poniéndolos en alerta. Las pupilas se dilatan para mejorar la visión. El hígado libera parte de la glucosa acumulada para aumentar la energía del cuerpo. Y el cuerpo produce sudor para refrescarse. Todos estos cambios físicos preparan a la persona para reaccionar rápidamente y eficazmente cuando siente tensión emocional (Aguera, Blanco, & et al, 2005)

Esta resistencia se conoce como respuesta al estrés. Cuando funciona como es debido, esta reacción es la mejor forma para que la persona funcione bajo presión. Pero la respuesta al estrés también puede causar problemas cuando es extrema.

Pero el estrés no es siempre una reacción a cosas inmediatas o momentáneas. Eventos progresivos o a largo plazo, como un divorcio o la transferencia a un nuevo vecindario o escuela, también pueden causar estrés. Las situaciones a largo plazo pueden producir un estrés de poca intensidad, pero perdurable, ocasionando dificultades a la persona.

El sistema nervioso siente una tensión continua y se conserva relativamente activo a fin de continuar liberando hormonas adicionales durante un período de tiempo prolongado. Esto puede agotar las reservas del cuerpo, haciendo que la persona se sienta agotada o abrumada, debilitando el sistema inmunológico del cuerpo y ocasionando otros problemas.

Aunque una suficiente cantidad de estrés puede ser buena, una sobrecarga es algo aparte - nadie se beneficia por demasiado estrés, Las presiones que son extremadamente intensas, que perduran por mucho tiempo, o los problemas que hay que afrontar sin ayuda, pueden ocasionar una sobrecarga de estrés.

2.2.8 Sobrecarga Psíquica

El trabajo es una actividad humana a través de la cual el individuo, con su fuerza y su inteligencia, transfigura la realidad. La realización de un trabajo implica el desarrollo de unas operaciones motoras y unas operaciones cognoscitivas. El grado de movilización que el individuo debe realizar para ejecutar la tarea, los mecanismos físicos y mentales que debe poner en juego determinará la carga de trabajo.

Garrido, Díaz, Casquero, y Riera (2004) interpreta la sobrecarga “como un estado psicológico que resulta de la combinación del trabajo físico, de la presión emocional, de las limitaciones sociales, así como, de las demandas económicas que germinan del cuidado de la persona enferma”.

El cuidador: es la persona que acompaña y apoya a otra en un proceso, generalmente, en enfermedad o discapacidad. Es quien ejerce el rol de apoyo a las personas cuidadas, tanto en sus actividades instrumentales, como en sus acciones de la vida diaria y que, además, realiza la supervisión de las conductas del individuo a su cargo, su estado de salud, emocional, necesidades elementales y todo aquello que éste pueda necesitar en su adaptación del entorno y a su condición progresiva de incapacidad o de determinar cognitivo. (Da Silva, 2008)

Cuidador Formal: es toda persona que se dedica profesionalmente al cuidado, y que por lo general es parte de una institución de salud, como un hospital, un centro recreativo, un centro de día, una residencia o, incluso, que preste sus servicios de cuidado a domicilio.

Cuidador Informal: es generalmente, familiar del adulto que cuida, amigo o persona muy significativa para éste, no existe remuneración o retribución económica, el cuidado no se realiza con una actividad de una institución u organización, además es muy probable que esa persona no esté preparada o capacitada para presentar cuidados en realidad el adulto mayor lo necesita. Los cuidadores informales de personas dependientes presentan un alto nivel de sobrecarga, que se relaciona tanto con sus características, como con las del dependiente. (Rodríguez, Rodríguez, Duarte, Díaz, & Barbosa, 2017)

Sobrecarga del cuidador: el fenómeno de la sobrecarga comprende una diversidad de factores tales como; dificultad económica, carga física, o limitaciones, aunque, en la práctica,

el proceso multidimensional del fenómeno presenta criterios subjetivos e incorpora muchas otras formas en las que los cuidadores informales pueden verse sobrecargados por la práctica de cuidar. La carga subjetiva está relacionada con la actitud y reacciones emocionales ante la experiencia de cuidar; la carga objetiva está asociada con los cambios de rutina cotidiana, relaciones familiares, sociales, cambios en los tiempos de ocio, entre aspectos de entorno. (Da Silva, 2008)

La elaboración de un trabajo cubre un doble fin: por una parte, conseguir los objetivos de producción; por otra, desarrollar el potencial del trabajador. Es decir, que, a partir de la ejecución de la tarea, el individuo puede desarrollar sus capacidades. En estos términos no suele hablarse del trabajo como una "carga". Regularmente este concepto tiene una connotación negativa y se refiere a la incapacidad o dificultad de respuesta en un momento dado; es decir, cuando las exigencias de la tarea sobrepasan las capacidades del trabajo. En este sentido la carga de trabajo viene determinada por la interacción entre:

El nivel de requerimiento de la tarea esfuerzo requerido, ritmo, condiciones ambientales, entre otras. El grado de movilización del sujeto, el esfuerzo que debe realizarse para llevar a cabo la tarea. Explícito por las características individuales: edad, formación, experiencia, fatiga entre otras. (Nogareda, 2013)

2.3 Hipótesis o Supuestos

Hipótesis Alternativa H1

La demencia de los adultos mayores del Centro Gerontológico Señor de los Remedios influye en la sobrecarga psíquica de sus cuidadores.

Hipótesis Nula H0

La demencia de los adultos mayores del Centro Gerontológico Señor de los Remedios no influye en la sobrecarga psíquica de sus cuidadores.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Nivel y Tipo de Investigación

3.1.1 Investigación bibliográfica – documental

“Esta técnica investigativa se basa en la recopilación de información para manifestar las teorías que respaldan el estudio de los fenómenos y métodos. Contiene el uso de instrumentos determinados según la fuente documental a que hacen referencia” (Borda, 2013, pág. 2).

La vigente investigación es bibliográfica porque tiene el propósito de ampliar, ahondar los distintos puntos de vista, teorías, conceptualizaciones y criterios de varios autores sobre el tema de estudio que coadyuvaron a armar teóricamente el marco teórico, las investigaciones previas entre otras; es por ende que se empleó documentos constituidos por libros, artículo científico, archivos pdf, etc.

3.1.2 Investigación de campo

“La Investigación de campo reside en la recaudación de datos directamente del escenario donde acontecen los hechos, sin manejar o controlar las variables. Estudia los fenómenos sociales en su contexto natural” (Paella & Martins , 2010, pág. 88).

Es una investigación de campo por que la información obtenida es directa de la población investigada es decir con los adultos mayores del Centro Gerontológico Señor de los Remedios y sus cuidadores; se trabajará en el lugar de los hechos es decir en el establecimiento, donde se realizarán las entrevistas personales, historias clínicas con el fin de recolectar la información sociodemográfica, reactivos psicológicos para la obtención de datos, cuadros o posibles trastornos psicológicos, además de la apreciación real de lo que está sucediendo.

3.1.3 Investigación correlacional

Tiene como propósito exponer o inspeccionar la relación entre variables o resultados de variables. Uno de los puntos significativos respecto a la investigación correccional es verificar relaciones entre variables o sus resultados, la correlación comprueba asociaciones, pero no relaciones causales, en el cual un cambio en un factor interviene claramente en un cambio en otro. (Ruiz, 2014, pág. 23)

La investigación es correlacional porque por medio de la misma puedo determinar la relación que existe entre las variables en este caso la demencia en los adultos mayores y la sobrecarga psíquica, ayudo en la definición del problema, estableciendo los instrumentos que fueron aplicados para la obtención de datos, tales como el Test Qdrs, Quick Dementia Rating System, y el Test De Zarit – Escala

3.1.4 Investigación cuantitativa

“Maneja la recolección de datos para comprobar hipótesis con base en el cálculo numérica y el análisis estadístico, con el propósito de constituir pautas de conducta y experimentar teorías” (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014, pág. 4).

Es cuantitativa porque es medible y permite la tabulación de datos de la información recabada en la investigación de campo a los sujetos de estudio, así mismo se efectúa un análisis de cada interrogante desarrollada, de igual manera se indaga las causas y descripción de los acontecimientos del problema suscitado en el trabajo investigativo.

3.1.5 Investigación cualitativa

“Se orienta a estudiar casos concretos y no a generalizar. Su afán no es prioritariamente calcular, sino evaluar y detallar el fenómeno social a partir de rasgos concluyentes, según sean apreciados por los compendios mismos que están dentro del ambiente estudiado” (Bernal, 2006, pág. 57).

Es cualitativo porque para la obtención de los resultados se requiere a personas implicadas con el problema a investigar en este son los adultos mayores del Centro Gerontológico Señor de los Remedios y sus cuidadores, a través de encuestas y test psicológicos, como punto principal de la investigación, donde se realizó las interpretaciones de cada pregunta diseñada.

3.2 Selección de área o ámbito de estudio

La actual investigación se desarrolló en Ecuador, provincia de Tungurahua, cantón Píllaro. La institución que se tomó en consideración para efectuar el estudio es el Centro Gerontológico Señor de los Remedios.

3.3 Población

“Es el conjunto de fundamentos, individuos o entes sujetos a análisis y de los cuales se anhela adquirir un resultado. Se dice que es población finita cuando se conoce el número de componentes que la constituyen, y por el contrario cuando no se conoce su número es infinito” (Samperio, Pérez, Zúñiga, Hernández, & Domínguez, 2011, pág. 6).

La población que va a ser parte de la investigación está conformada por: 40 adultos mayores y 40 cuidadores del Centro Gerontológico Señor de los Remedios, en total son 80 individuos.

Tabla N°2: Población

Personas a investigar	Cantidad	Porcentaje
Adultos Mayores	40	50%
Cuidadores	40	50%
Total	80	100%

Elaborado por: Fanny Monserrath Alarcón

Fuente: Investigación de campo.

3.4 Criterios de Inclusión y Exclusión

Inclusión

Familiares que firman la aprobación para la utilización del Test Qdrs, Quick Dementia Rating System.

Adultos mayores del Centro Gerontológico Señor de los Remedios que no padezcan enfermedades biológicas, físicas y que consuman medicación.

Adultos mayores comprendidos entre las edades de 65 a 90 años.

Cuidadores que firman la aprobación para la utilización del Test De Zarit – Escala De Sobrecarga Del Cuidador.

Exclusión

Familiares que no haya firmado la utilización del Test Qdrs, Quick Dementia Rating System.

Adultos mayores que no pertenecen al Centro Gerontológico Señor de los Remedios

Adultos mayores que padezcan enfermedades mentales, biológicas, físicas y que consuman medicación.

Pacientes que tengan menos de 65 años.

Cuidadores que no firman la aprobación para la utilización del Test De Zarit – Escala De Sobrecarga Del Cuidador.

3.5 Operacionalización de Variables

Tabla N°3: Variable Independiente: Demencia en los adultos mayores

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Es un síndrome de naturaleza crónico o progresivo caracterizado por el deterioro de las funciones cognitivas como memoria, pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, lenguaje y juicio. Suele ir acompañado del deterioro del control emocional, comportamiento social o la motivación.</p>	Demencia leve	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas con el pensamiento y la memoria 	<p>Memoria y recuerdo Orientación Toma de decisiones y capacidad de resolución de problemas Actividades fuera del hogar Trabajo el hogar y pasatiempos Aseo e higiene personal Comportamiento y cambios de personalidad Habilidades de lenguaje y comunicación Estado de ánimo Atención y concentración</p>	<p>Técnica: Test Instrumento: Test Qdrs, Quick Dementia Rating System.</p>
	Demencia moderada	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la función cognitiva 		
	Demencia severa	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de memoria, verbal y no verbal 		

Elaborado por: Fanny Monserrath Alarcón

Tabla N°4: Variable Dependiente: Sobrecarga Psíquica de sus cuidadores.

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Es cuando el trabajo absorbe mentalmente, excediendo los límites tolerables del individuo afectando el organismo a nivel neuro y cardiovascular, la interacción con el medio, y la conducta de sí mismo produciéndose menor tiempo de acción, olvido de tareas, fatiga, negligencia, disminuyendo memoria, atención entre otras.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga leve • Sobrecarga moderada • Sobrecarga intensa 	<p>Problemas leves con el ritmo de trabajo</p> <p>Presencia de falta de ánimo en sus actividades</p> <p>Presencia de cansancio psíquico y físico</p>	<p>¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita? ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.? ¿Se siente agotado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)? ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar? ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familiar? ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar? ¿Piensa que su familiar depende de Ud.? ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar? ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar? ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar? ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar? ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar? ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos? ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo? ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar? Globalmente, ¿Qué grado de “carga” experimenta el hecho de cuidar a su familia.</p>	<p>Técnica: Test</p> <p>Instrumento: Test De Zarit – Escala De Sobrecarga Del Cuidador</p>

Elaborado por: Fanny Monserrath Alarcón

3.6 Descripción de los procedimientos para la recolección de información

Para la recolección de información se utilizará diferentes técnicas e instrumentos como son:

- Se aplicó la Historia Clínica Psicológica (ANEXO I) para la obtención de datos relevantes de los pacientes, así como de información sociodemográfica y datos relevantes de los rasgos de personalidad.

La Historia Clínica es el instrumento que reúne datos que permiten descifrar y explicar el curso de vida del paciente, en este caso la psicoanamnesis de los adultos mayores, datos indispensables para el estudio de las relaciones con sus cuidadores, se completan con las observaciones y entrevistas realizadas, así como el resultado de las pruebas aplicadas.

- Se aplicó el Test QDRS (ANEXO 2), para fijar nivel de demencia que tienen cada uno de los adultos mayores diagnosticados. Asimismo, examina la memoria a corto y largo plazo, la orientación, la información sobre las circunstancias periódicas y la capacidad de cálculo.
- El grado en que el QDRS estaba libre de error aleatorio mediante la evaluación de la consistencia interna de Cronbach alfa para las puntuaciones totales QDRS y dos subdominios: cognitiva y de comportamiento. La consistencia interna fue excelente (0,86 a 0,93). El QDRS cubre toda la gama de posibles calificaciones y la media, la mediana y estándar desviación demostró una dispersión suficiente de marcar un tanto para la evaluación y seguimiento de la presencia y la gravedad de la demencia con un bajo porcentaje de datos faltantes. Había muy piso bajo (2,5-8,7 %) y el techo (0,4 %) los efectos, especialmente para preguntas de dominios cognitivos. Los dos factores (cognitiva y de comportamiento) se correlacionaron moderadamente sugiriendo que están relacionados.

Constituye de 10 preguntas mismas que deben ser determinadas en un solo ítem de los 5 que presenta, 1 punto por error. Una calificación igual o superior a tres revela desperfecto cognitivo.

Calificación máxima: 8 faltas

- 0-2 faltas: normal

- 3-4 faltas: leve demencia
- 5-7 faltas: moderada demencia
- 8-10 faltas: significativa demencia

Si el nivel educativo es bajo (estudios fundamentales) se acepta un error más para cada categoría.

Si el nivel educativo es alto (universitario), se acepta un nivel menos.

- Se usó la Escala de Zarit (ANEXO 3), mismo que se efectuó al cuidador o familiar frecuente con el propósito de descubrir escenarios de sobrecarga que detallen la acción de los servicios sociales.

Con respecto a la validez, se evidencian tres factores que explican el 54,75% que son Carga, Competencia y Dependencia. Así mismo, en cuanto a valores de fiabilidad, la escala total de Zarit presenta un alfa de Cronbach de 0,92.

La Escala se compone de 22 ítems que evalúan las consecuencias negativas sobre explícitas áreas de la vida adheridas a la asistencia de cuidados.

La calificación total es el resultado de la suma de los cálculos de los 22 ítems y tiene una categoría que parte desde 0 a 88. Para cada ítem se maneja una escala de cinco valores que fluctúan entre 0 (nunca) y 4 (casi siempre). Los puntos de corte formulados por los autores de la aplicación y aprobación en español son:

- No sobrecarga: 0-46
- Sobrecarga leve: 47-55
- Sobrecarga intensa: 56-88 (Gaspar, 2003)

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Características sociodemográficas de los adultos mayores

Tabla N°5: Población por género

Género	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	15	37%
Femenino	25	63%
Total	40	100%

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Fuente: Investigación de campo.

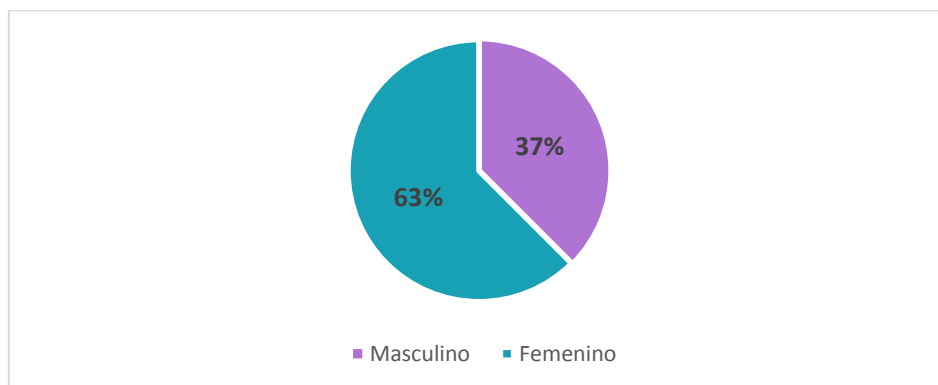


Gráfico N°1: Población por género

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Análisis e Interpretación:

De los 40 adultos mayores el 37% son del género masculino, mientras que, el 63% restante son del género femenino.

Con estos resultados se muestra una predominancia en cuanto a la cantidad de mujeres adultas mayores hacia los hombres.

4.2 Resultados de nivel de demencia en los adultos mayores con el Test Qdrs, Quick Dementia Rating System (Sistema de Calificación de Demencia Rápida)

1. Memoria y recuerdo

Tabla N°6: Memoria y recuerdo

Opción	Frecuencia	Porcentaje
No síntomas	0	0%
Muy leve	0	0%
Leve	0	0%
Moderado	3	7%
Grave	37	93%
Total	40	100%

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Fuente: Investigación de campo.

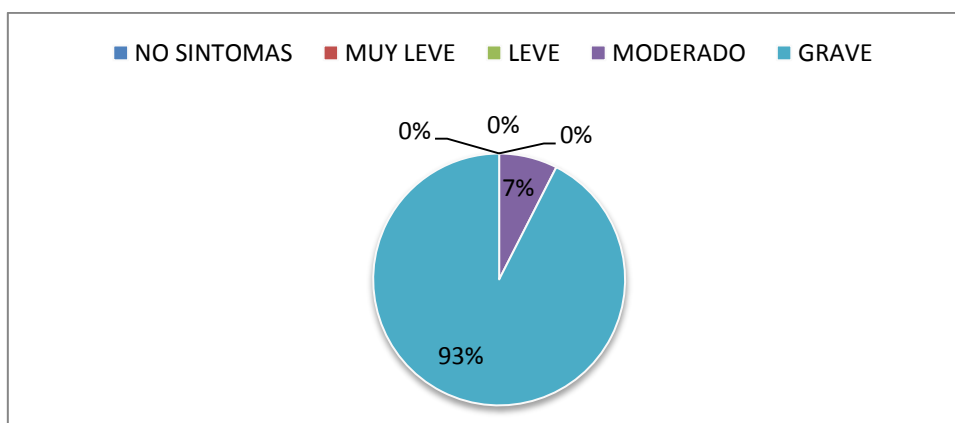


Gráfico N°2: Memoria y recuerdo

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Análisis e Interpretación:

De los 40 adultos mayores sujetos de estudio, 3 casos con el 7% presentan una memoria y recuerdo moderado, mientras que 37 casos con el 93% ostentan poseer una memoria y recuerdo grave.

Con los resultados alcanzados se observa que la mayoría presentan una pérdida de memoria severa, puesto que se les hace insostenible recordar nueva información.

2. Orientación

Tabla N°7: Orientación

Opción	Frecuencia	Porcentaje
No síntomas	0	0%
Muy leve	0	0%
Leve	0	0%
Moderado	10	25%
Grave	30	75%
Total	40	100%

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Fuente: Investigación de campo.

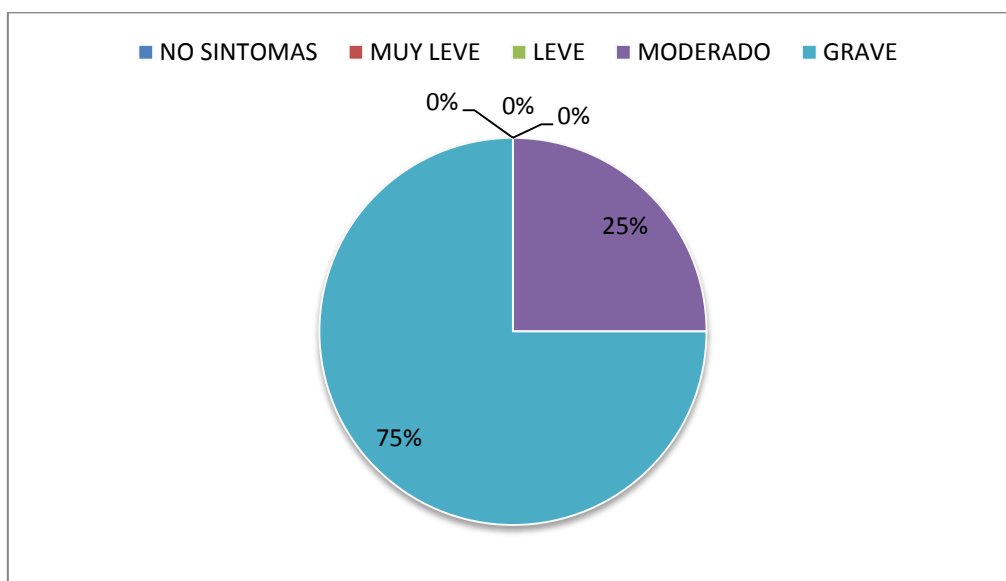


Gráfico N°3: Orientación

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Análisis e Interpretación:

Del test efectuado a 40 adultos mayores, 10 casos con el 25% muestran una orientación moderada, en tanto que 30 casos con el 75% señalan orientación grave.

Se aprecia que en mayor proporción en referencia a su orientación solo lo hacen por medio de su nombre, no obstante, consiguen reconocer a sus familiares.

3. Toma de decisiones y capacidad de resolución de problemas

Tabla N°8: Decisiones y resoluciones de problemas

Opción	Frecuencia	Porcentaje
No síntomas	0	0%
Muy leve	0	0%
Leve	1	2%
Moderado	5	13%
Grave	34	85%
Total	40	100%

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Fuente: Investigación de campo.

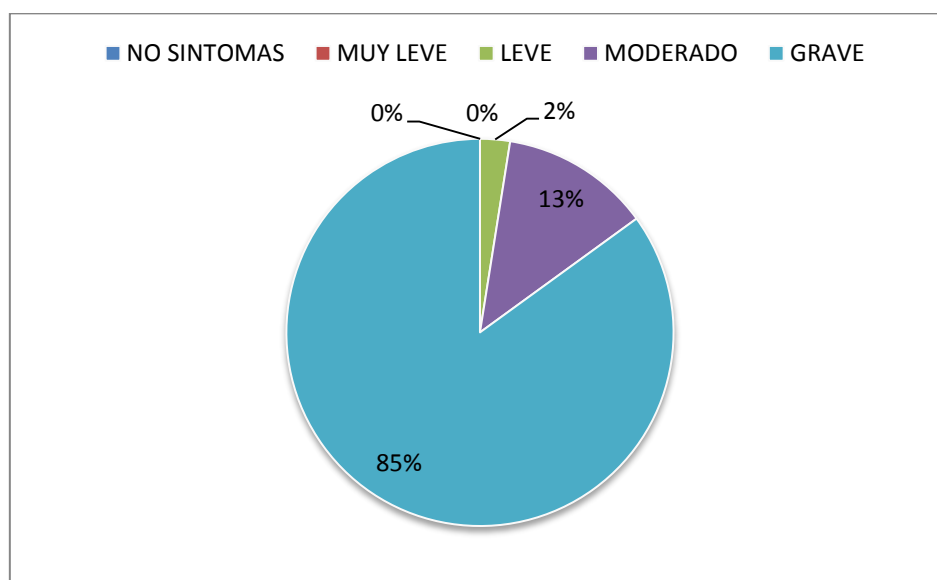


Gráfico N°4: Decisiones y resoluciones de problemas

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Análisis e Interpretación:

De la pregunta efectuada se concluye que, con un total de 40 adultos mayores, 5 casos con el 13% indican que la toma de decisiones y habilidades para resolver problemas es moderada, y 34 casos con el 85% revelan que esta condición es grave.

Como se puede estimar la opción grave es la que más predomina, es decir que son incapaces de tomar decisiones o resolver problemas, situación que genera graves problemas a sus cuidadores ya que provoca una sobrecarga psíquica, repercusiones físicas y por ende socioeconómicas.

4. Actividades fuera del hogar

Tabla N°9: Actividades fuera del hogar

Opción	Frecuencia	Porcentaje
No síntomas	0	0%
Muy leve	0	0%
Leve	0	0%
Moderado	7	17%
Grave	33	83%
Total	40	100%

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Fuente: Investigación de campo.

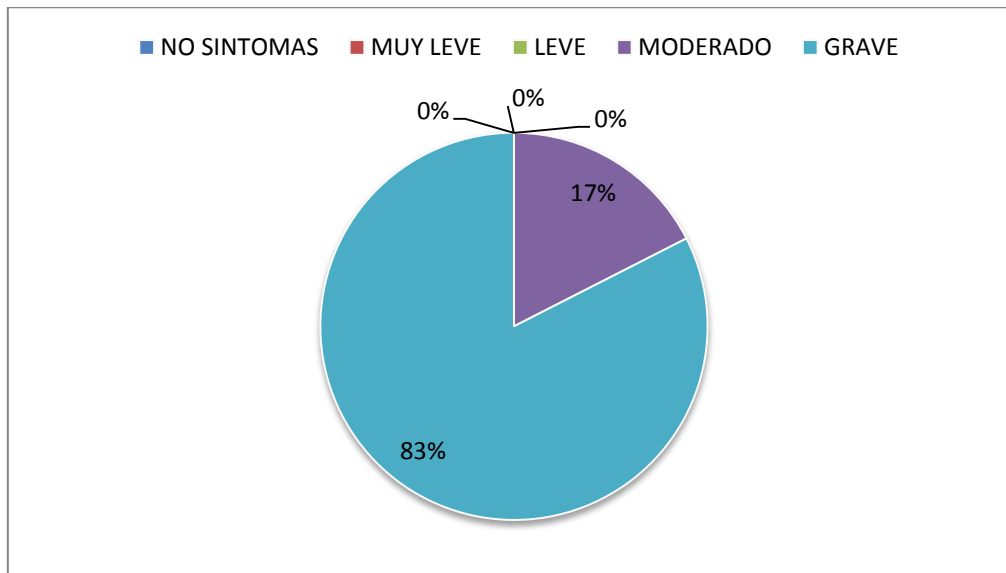


Gráfico N°5: Actividades fuera del hogar

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Análisis e Interpretación:

Acorde al test aplicado a 40 adultos mayores, 7 casos con el 17% destacan que las actividades fuera del hogar son moderadas, y 33 casos con el 83% afirman que es grave esta situación.

Los adultos mayores muestran en su mayoría un hecho de gravedad en este precedente porque aparecen excesivamente enfermos razón por la cual deben adecuarse para actividades fuera del hogar.

5. Trabajo el hogar y pasatiempos

Tabla N°10: Trabajo el hogar y pasatiempos

Opción	Frecuencia	Porcentaje
No síntomas	0	0%
Muy leve	0	0%
Leve	5	12%
Moderado	8	20%
Grave	27	68%
Total	40	100%

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Fuente: Investigación de campo.

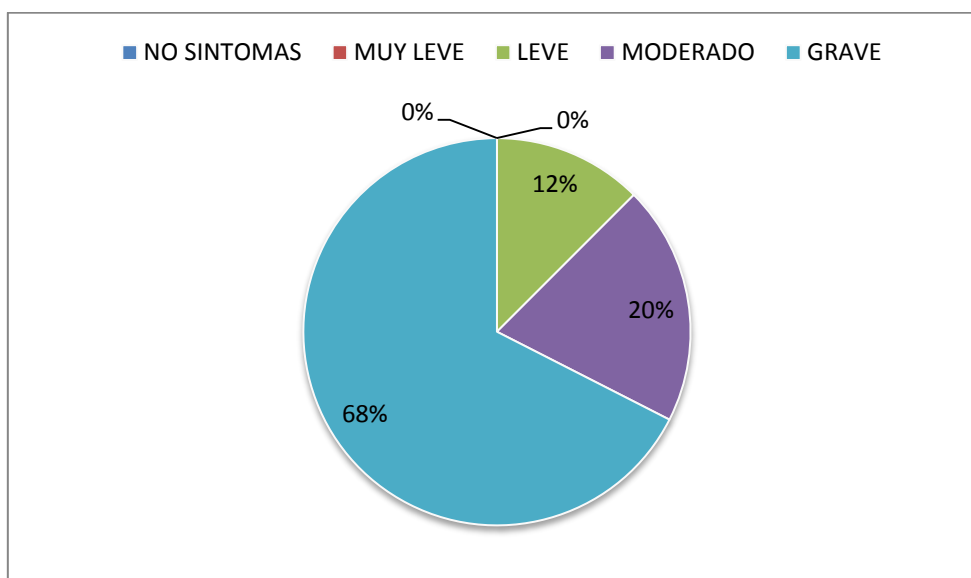


Gráfico N°6: Trabajo el hogar y pasatiempos

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Análisis e Interpretación:

De un total de 40 adultos mayores, 5 casos con el 12% determinan que el trabajo en el hogar y actividades de pasatiempos es leve, 8 casos con el 20% señalan que es moderado y finalmente 27 casos con el 68% estipulan grave.

En función al resultado logrado se considera que no mantienen un interés y tampoco una función representativa en las tareas del hogar o en pasatiempos, en si solo conservan labores más simples.

6. Aseo e higiene personal

Tabla N°11: Aseo e higiene personal

Opción	Frecuencia	Porcentaje
No síntomas	0	0%
Muy leve	0	0%
Leve	0	0%
Moderado	6	15%
Grave	34	85%
Total	40	100%

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Fuente: Investigación de campo.

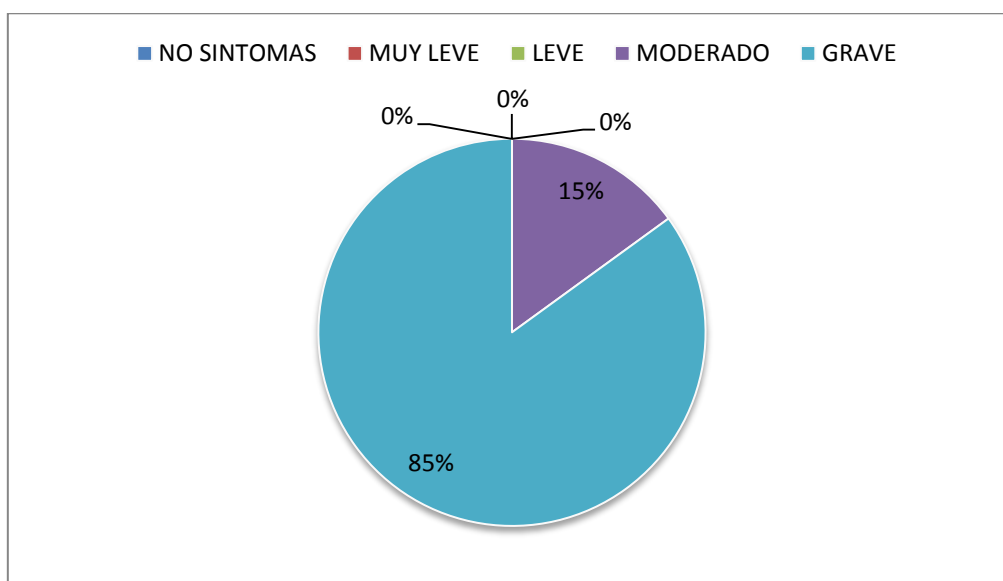


Gráfico N°7: Aseo e higiene personal

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Análisis e interpretación

Como se observa de los 40 adultos mayores existen 6 casos con un por 15% que presentan aseo e ingenie personal moderado, 34 casos determinan que 85% presentan aseo e ingenie personal grave.

Con los porcentajes altos se analiza que requiere de ayuda significativa con el cuidado de las personas encargadas de los mayores adultos en el aseo personal y la higiene.

7. Comportamiento y cambios de personalidad

Tabla N°12: Comportamiento y cambios de personalidad

Opción	Frecuencia	Porcentaje
No síntomas	0	0%
Muy leve	0	0%
Leve	0	0%
Moderado	11	27%
Grave	29	73%
Total	40	100%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

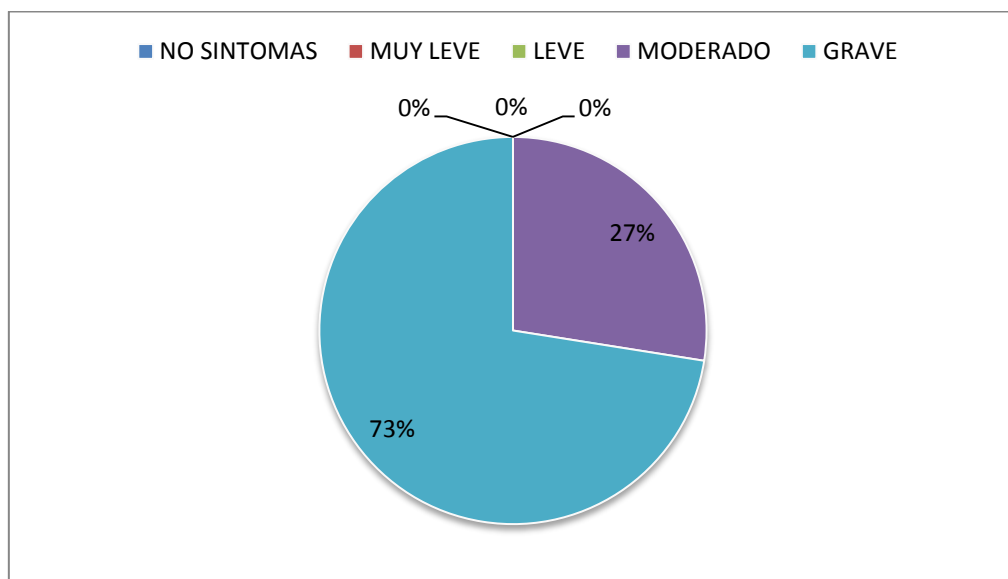


Gráfico N°8: Comportamiento y cambios de personalidad

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Análisis e interpretación

De los 40 adultos mayores existen 11 casos con un 27% presentan comportamiento y cambios de personalidad moderado, se determina que 29 casos con un porcentaje de 73% que representa que poseen comportamiento y cambios de personalidad grave.

Se observa que los mayores adultos del centro gerontológico Señor de los Remedios consta con un mayor porcentaje de comportamiento o cambios de personalidad graves; haciendo interacciones con otros a menudo desagradables.

8. Habilidades de lenguaje y comunicación

Tabla N°13: Habilidades de lenguaje y comunicación

Opción	Frecuencia	Porcentaje
No síntomas	0	0%
Muy leve	0	0%
Leve	6	15%
Moderado	8	20%
Grave	26	65%
Total	40	100%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

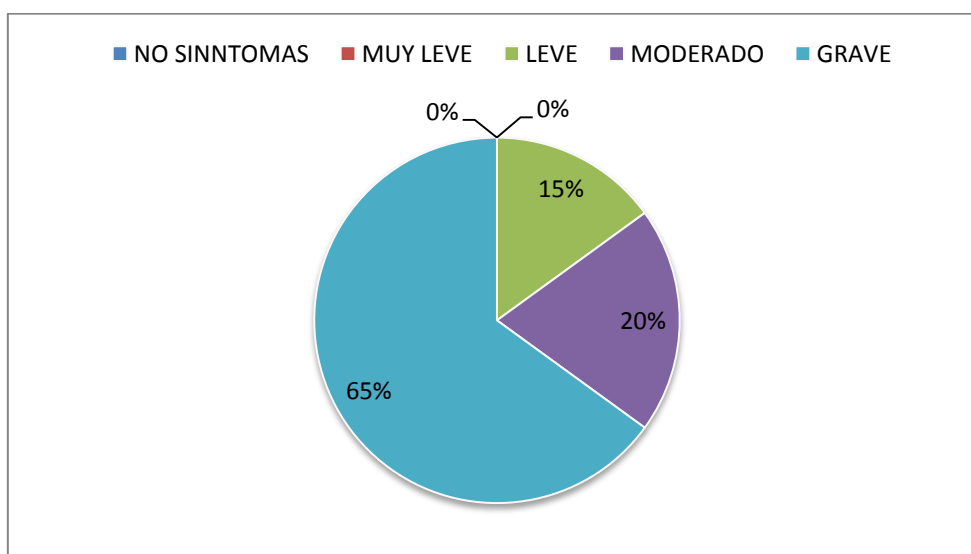


Gráfico N°9: Habilidades de lenguaje y comunicación

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Análisis e interpretación

Se puede analizar de los 40 adultos mayores constan 6 casos con un 15% que establecen habilidades de lenguaje y comunicación leve, 8 casos con el 20% que tienen habilidades de lenguaje y comunicación moderado, y el restante que son 26 casos representa el 65% de habilidades de lenguaje y comunicación grave.

El porcentaje más alto corresponde a las deficiencias graves en el lenguaje y la comunicación de los mayores adultos del centro gerontológico del Señor de los Remedios.

9. Estado de ánimo

Tabla N°14: Estado de ánimo

Opción	Frecuencia	Porcentaje
No síntomas	0	0%
Muy leve	0	0%
Leve	0	0%
Moderado	5	12%
Grave	35	88%
Total	40	100%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

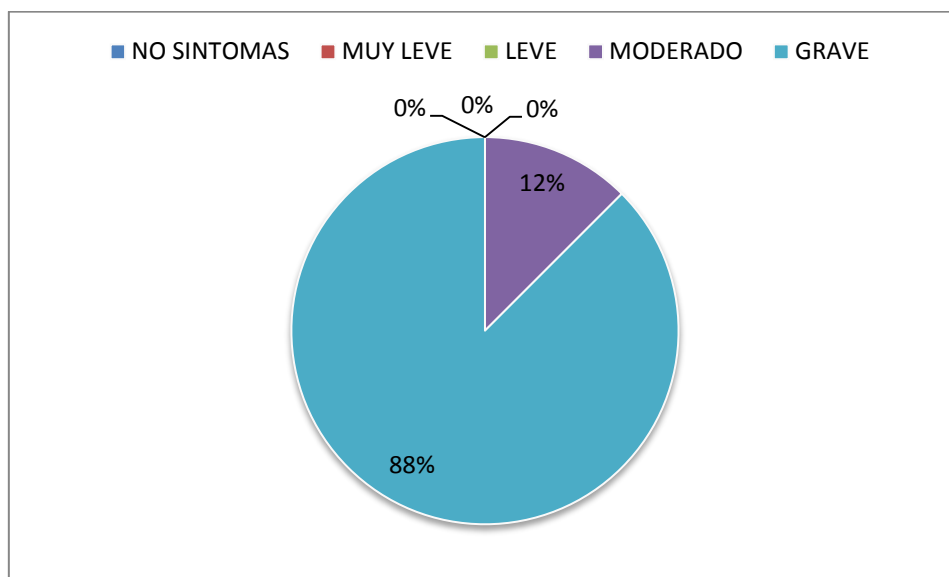


Gráfico N°10: Estado de ánimo

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Análisis e interpretación

Del total de los 40 adultos mayores del centro gerontológico del Señor de los Remedios con 5 casos representado por un 12% presenta un estado de ánimo moderado, mientras que 35 casos corresponden un 88% de un estado de ánimo grave.

Mediante los datos obtenidos el porcentaje mayor establece problemas graves con tristeza, depresión, ansiedad nerviosismo o la perdida de interés.

10. Atención y concentración

Tabla N°15: Atención y concentración

Opción	Frecuencia	Porcentaje
No síntomas	0	0%
Muy leve	0	0%
Leve	0	0%
Moderado	0	0%
Grave	40	100%
Total	40	100%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

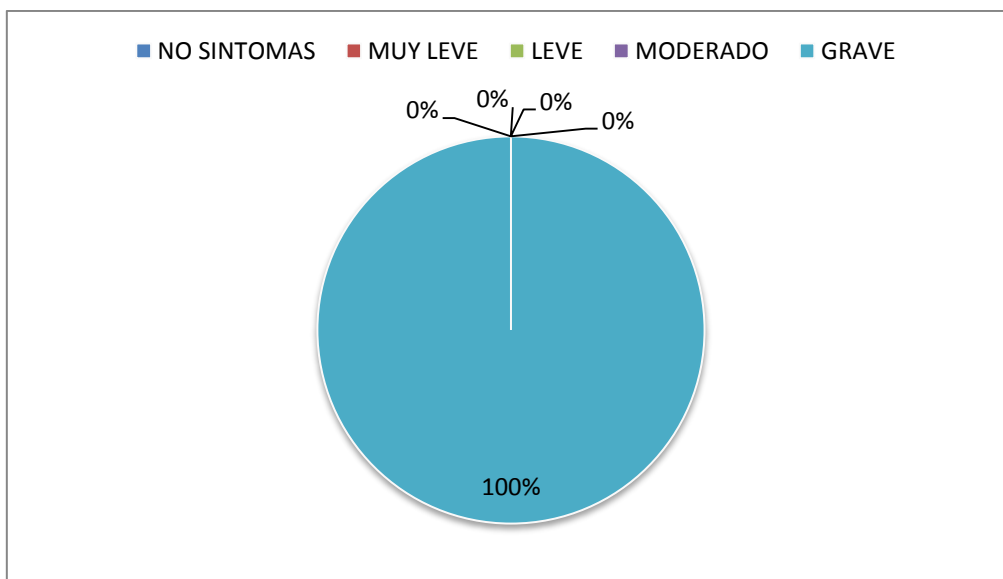


Gráfico N°11: Atención y concentración

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Análisis e interpretación

Se puede determinar en los adultos mayores 40 casos c que consta del 100% de atención y concentración en los adultos mayores.

Con un porcentaje mayor de aprecia un limitado a ninguna capacidad de prestar atención al entorno y externo y alrededores.

Tabla N°16: Resumen de ítems de demencia en adultos mayores

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Demencia Leve	1	2,5	2,5	2,5
Demencia Moderado	6	15,0	15,0	17,5
Demencia Grave	33	82,5	82,5	100,0
Total	40	100,0	100,0	

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Fuente: Total de dato del Test Qdrs

Análisis e interpretación

De acuerdo a los datos recolectados del Test Qdrs, en el presente cuadro da a conocer que los adultos mayores se encuentran en el nivel de demencia de tipo grave ya que refleja que son 33 personas con un porcentaje del 82,5%, mientras que el nivel moderado están 33 personas con el 15% y el nivel leve solo una persona con el 2,5%.

Tabla N°17: Tabla de contingencia Genero * Demencia en adultos mayores

		Demencia en adultos mayores			Total	
		Leve	Moderado	Grave		
Genero	Femenino	Recuento	1	6	18	25
		% dentro de Genero	4,0%	24,0%	72,0%	100,0%
		% dentro de Demencia en adultos mayores	100,0%	100,0%	54,5%	62,5%
		% del total	2,5%	15,0%	45,0%	62,5%
	Masculino	Recuento	0	0	15	15
		% dentro de Genero	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de Demencia en adultos mayores	0,0%	0,0%	45,5%	37,5%
Total		% del total	0,0%	0,0%	37,5%	37,5%
		Recuento	1	6	33	40
		% dentro de Genero	2,5%	15,0%	82,5%	100,0%
		% dentro de Demencia en adultos mayores	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	2,5%	15,0%	82,5%	100,0%	

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Fuente: Resultados del Test Qdrs y resultados de genero de adultos mayores

Análisis e interpretación

Con el resultados de la tabla anterior se determina una comparación entre el nivel de demencia con el género de los adultos mayores para lo cual; se presenta en género femenino 1 caso con demencia leve, 6 casos demencia leve, y 18 casos de demencia grave, mientras que en referencia al género masculino existen 15 casos son demencia grave. Es decir que 25 casos de demencia con el 62,5% se muestran en las mujeres, y 15 casos con el 37,5% en los hombres, dando a entender que la presencia de la demencia está más en las mujeres del Centro Gerontológico Señor de los Remedios es donde se presencia más demencia.

4.3 Características sociodemográficas de los cuidadores

Tabla N°18: Género de los cuidadores

Género	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	8	20%
Femenino	32	80%
Total	40	100%

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Fuente: Investigación de campo.

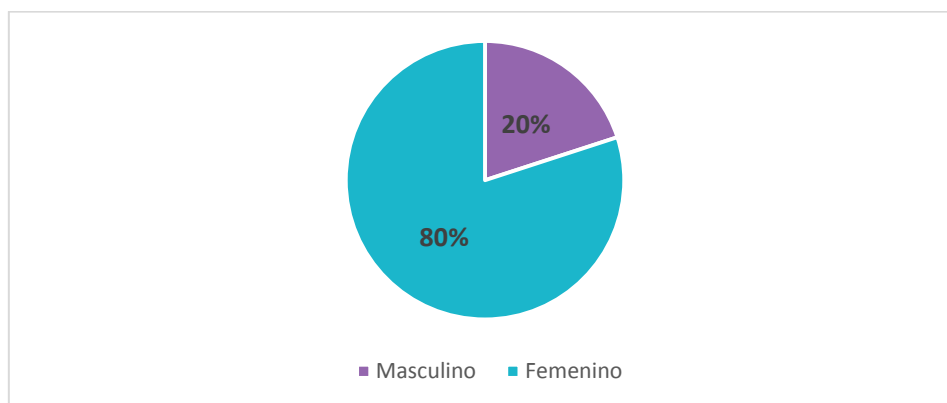


Gráfico N°12: Género de los cuidadores

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Análisis e interpretación

Del total de los cuidadores que se tomó en cuenta para el presente estudio, el 20% son de género masculino, mientras que el 80% son del género femenino.

En relación a los resultados obtenidos se prepondera el género femenino frente al masculino en los cuidadores, es decir quienes están más al cuidado de los adultos mayores son mujeres.

4.4 Resultados de la escala de sobrecarga del cuidador Test de Zarit

1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?

Tabla N°19: Familiar pide más ayuda de la que realmente necesita

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1	2%
Rara vez	1	2%
Algunas veces	4	10%
Bastantes veces	9	23%
Casi siempre	25	63%
Total	40	100%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

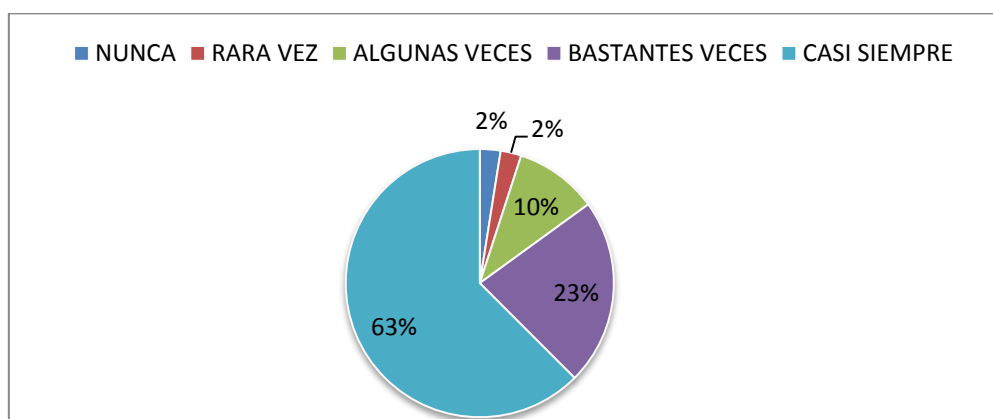


Gráfico N°13: Familiar pide más ayuda de la que realmente necesita

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Análisis e interpretación

De un total de 40 cuidadores, 1 caso con el 2% menciona que nunca piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita, en igual proporción responden rara vez, 4 casos con el 10% destacan algunas veces, 9 casos con el 23% dicen bastantes veces, y 25 casos con un 63% manifiestan casi siempre.

En su mayoría se aprecia que casi siempre consideran que su familiar les pide más ayuda de la que realmente necesita por lo cual existe malestar pues no se delimitan responsabilidades y tampoco se desarrolla una adecuada comunicación factor necesario para evitar sobrecarga laboral.

2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.?

Tabla N°20: Tiempo que dedica a su familiar

Opción	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	0	0%
RARA VEZ	0	0%
ALGUNAS VECES	1	5%
BASTANTES VECES	19	6%
CASI SIEMPRE	20	89%
TOTAL	40	100%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

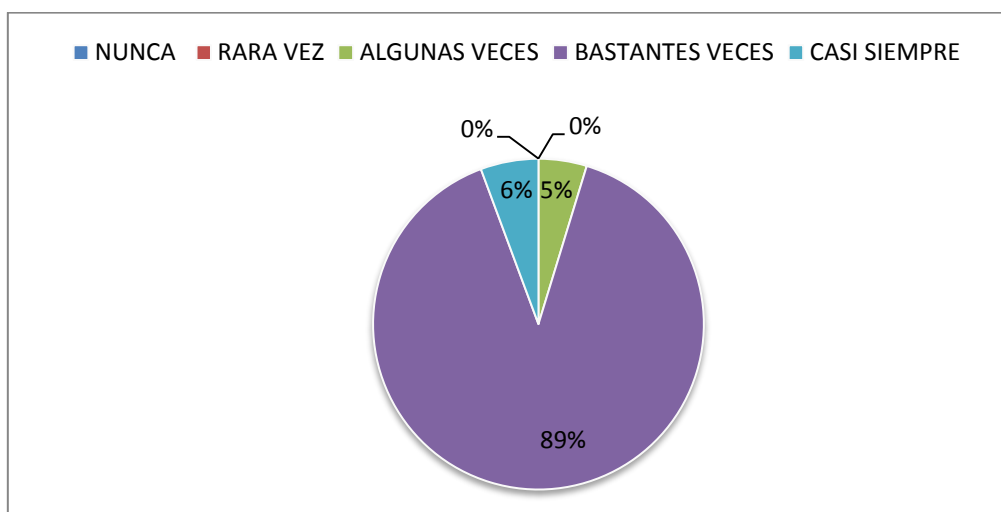


Gráfico N°14: Tiempo que dedica a su familiar

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Análisis e interpretación

De los 40 cuidadores, 1 caso con el 5% responde que algunas veces piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para él, 19 casos con el 6% dicen bastantes veces, y 20 casos con el 89% manifiestan casi siempre.

En la interrogante planteada se puede contemplar que casi siempre piensan que debido al tiempo que dedican a su familiar no tiene suficiente tiempo para ellos, razón por la cual laboran con tensión, no establecen prioridades, por tanto, genera presión en su buen desempeño.

3. ¿Se siente agotado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?

Tabla N°21: Compatibilizar el cuidado de su familiar

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0%
Rara vez	0	0%
Algunas veces	0	0%
Bastantes veces	5	12%
Casi siempre	35	88%
Total	40	100%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

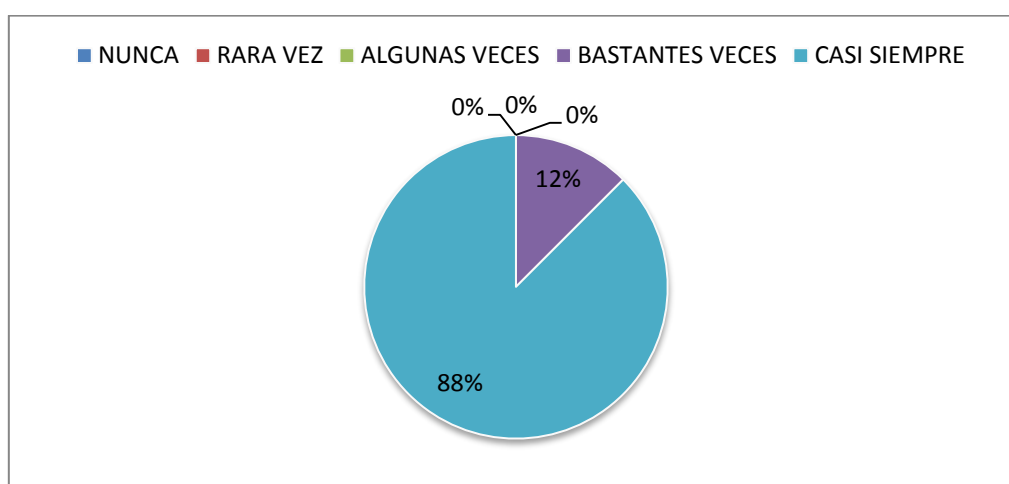


Gráfico N°15: Compatibilizar el cuidado de su familiar

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Análisis e interpretación

En concordancia con la pregunta efectuada se especifica que, de un total de 40 cuidadores, 5 casos con el 12% dicen que bastantes veces se sienten agotados por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia), entretanto que 35 casos con el 88% expresan que casi siempre.

Por lo determinado en los resultados se distingue que en un alto porcentaje casi siempre se sienten agotados por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades, lo que ha conllevado a afrontar alteraciones emocionales, y una disfunción familiar.

4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?

Tabla N°22: Siente vergüenza por la conducta de su familiar

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1	2%
Rara vez	1	2%
Algunas veces	5	13%
Bastantes veces	15	38%
Casi siempre	18	45%
TOTAL	40	100%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

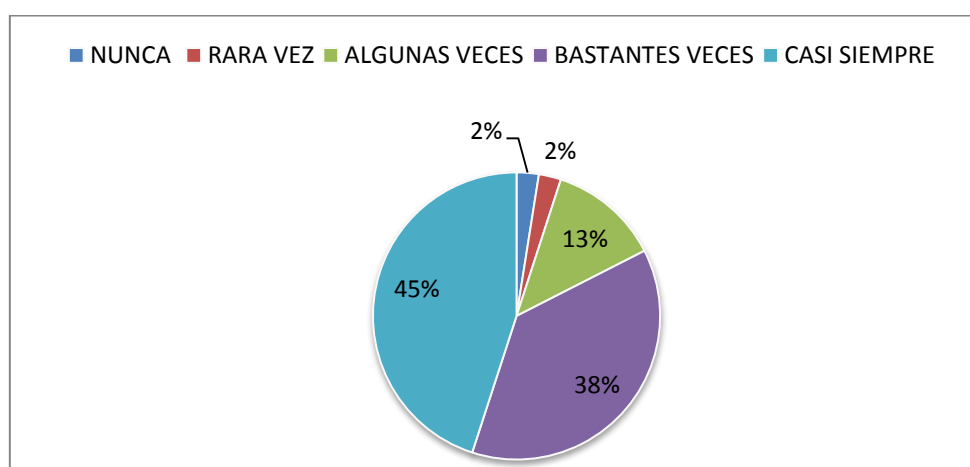


Gráfico N°16: Siente vergüenza por la conducta de su familiar

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Análisis e interpretación

De un total de 40 cuidadores, 1 caso cada uno respectivamente con el 2% señalan que nunca y rara vez sienten vergüenza por la conducta de su familiar, 5 casos con el 13% responden algunas veces, 15 casos con el 38% enfatizan la opción bastantes veces, y 18 casos con el 45% manifiestan que casi siempre.

Mediante el test aplicado a los cuidadores del centro Gerontológico Señor de los Remedios la alternativa que sobresale es que casi siempre sienten vergüenza por la conducta de sus familiares circunstancia que dificulta un apropiado manejo en las relaciones personales, provocando antipatía vulnerabilidad, agresión, desilusión y frustración hacia su familia.

5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?

Tabla N°23: Enfadado cuando está cerca de su familiar

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0%
Rara vez	0	0%
Algunas veces	2	5%
Bastantes veces	13	32%
Casi siempre	25	63%
Total	40	100%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

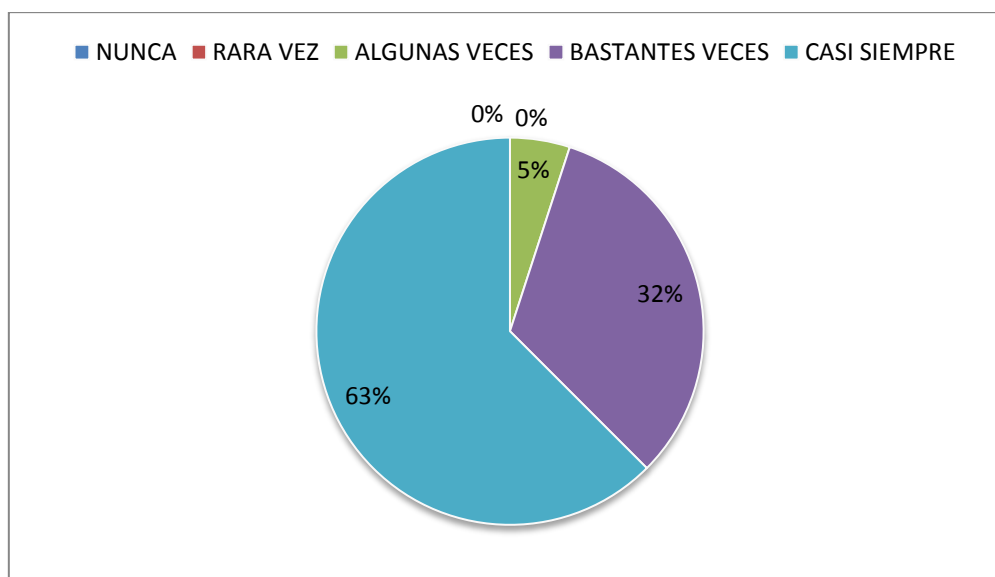


Gráfico N°17: Enfadado cuando está cerca de su familiar

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Análisis e interpretación

Del 100% de cuidadores a quienes se les aplicó el Test de Zarit, 2 casos con el 5% concretan que algunas veces se sienten enfadados cuando están cerca de sus familiares, 13 casos con el 32% dicen bastantes veces, en cambio 25 casos con el 63% declaran casi siempre.

Los cuidadores señalan que casi siempre se sienten enfadados cuando están cerca de sus familiares causando cambios constantes de humor, el no tener paciencia para tratar a las personas, depresión y en ciertas ocasiones un aislamiento social.

6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familiar?

Tabla N°24: Cuidar de su familiar afecta negativamente

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0%
Rara vez	0	0%
Algunas veces	0	0%
Bastantes veces	8	20%
Casi siempre	32	80%
Total	40	100%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

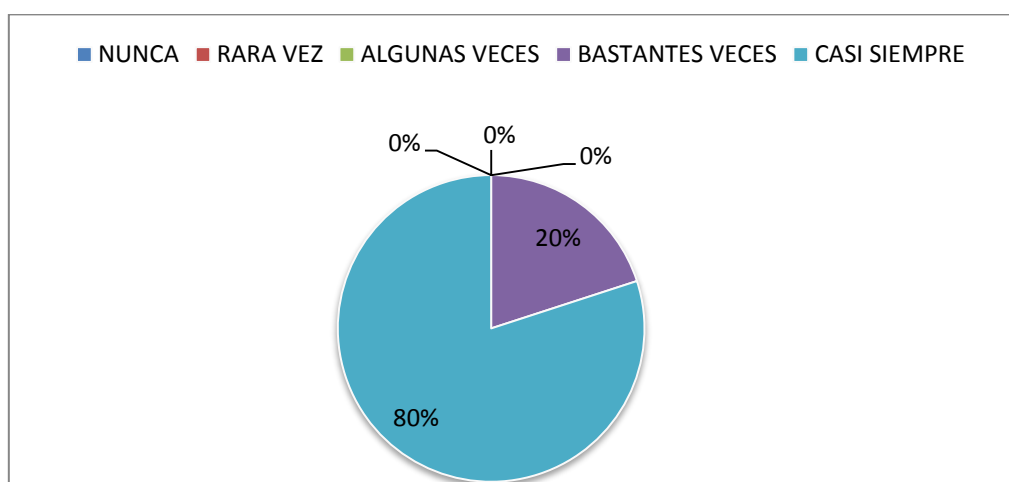


Gráfico N°18: Cuidar de su familiar afecta negativamente

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Análisis e interpretación

En constancia a los datos conseguidos 8 casos con el 20% señalan que bastantes veces piensan que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que ellos tienen con otros miembros de su familiar, 32 casos con el 80% dicen casi siempre.

Se revela que casi siempre piensan que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que ellos tienen con otros miembros de su familiar porque no se tiene el tiempo suficiente para llevar a cabo dicha actividad, pues para hacerlo se necesita dedicación y esfuerzo, es adjudicarse la responsabilidad de velar por el bienestar de aquella persona que requiere ser cuidada.

7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?

Tabla N°25: Miedo por el futuro de su familiar

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0%
Rara vez	0	0%
Algunas veces	0	0%
Bastantes veces	0	0%
Casi siempre	40	100%
Total	40	100%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

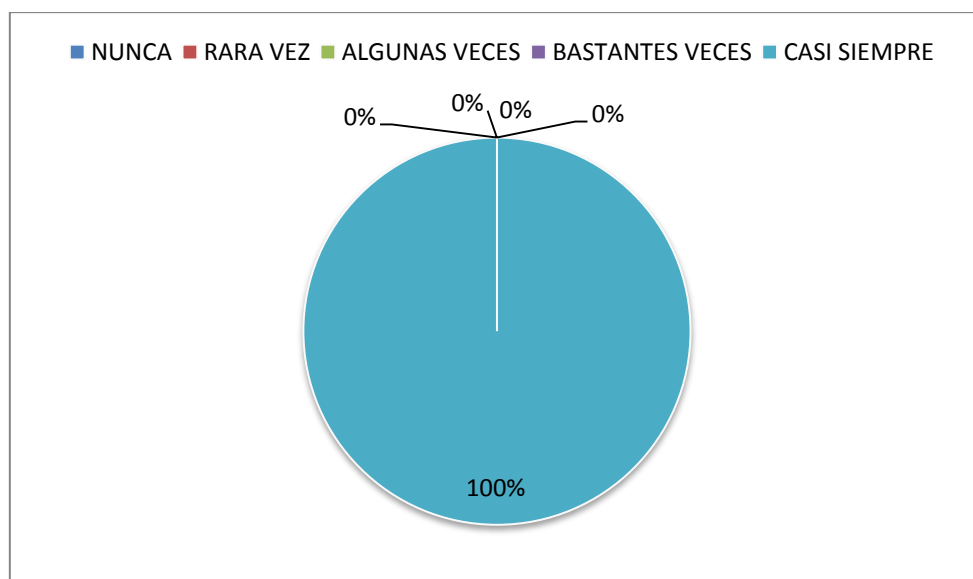


Gráfico N°19: Miedo por el futuro de su familiar

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Análisis e interpretación

De la población aplicada el test 40 casos que representan el 100% establecen que casi siempre tienen miedo por el futuro de su familiar.

En su totalidad los cuidadores expresan que casi siempre tienen miedo por el futuro de su familiar porque desconocen como ira evolucionando el adulto mayor durante su cuidado y por la intranquilidad que se tiene al no dar respuestas a nuevos acontecimientos que aparecen.

8. ¿Piensa que su familiar depende de Ud.?

Tabla N°26: Piensa que su familiar depende de Ud

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0%
Rara vez	0	0%
Algunas veces	0	0%
Bastantes veces	0	0%
Casi siempre	40	100%
Total	40	100%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

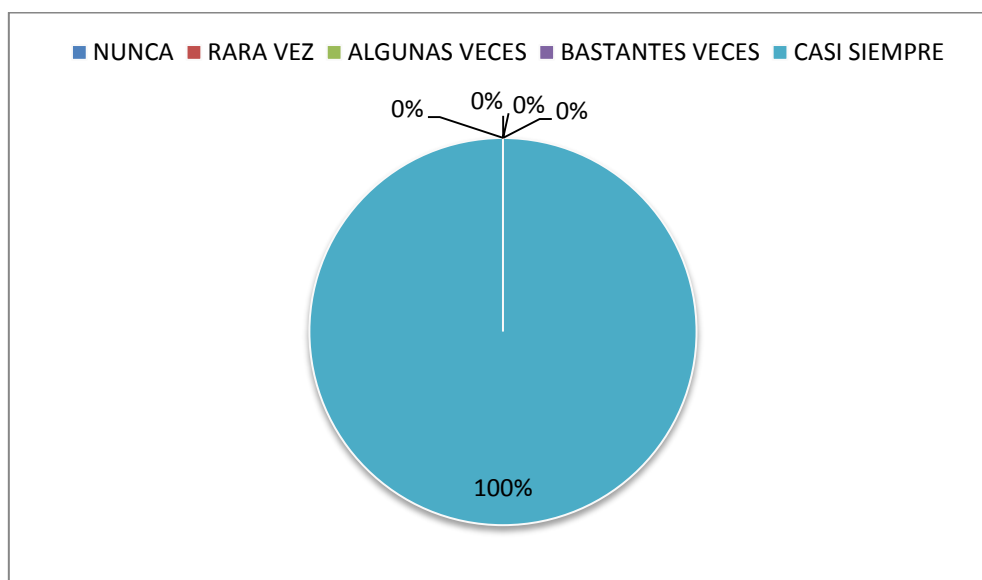


Gráfico N°20: Piensa que su familiar depende de Ud.

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Análisis e interpretación

Por lo observado en la pregunta del test aplicado 40 casos que representa el 100% enfatizan que casi siempre piensan que su familiar depende de ellos.

De forma generalizada los cuidadores afirman que casi siempre piensan que su familiar depende de ellos, porque solicitan atención y apoyo para satisfacer sus necesidades básicas, por lo tanto, es imprescindible que un cuidador tenga voluntad de servir, paciencia, y experiencia ya que así se estipulará si puede o no manejar una labor en particular.

9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?

Tabla N°27: Tenso cuando está cerca de su familiar

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	3	7%
Rara vez	1	2%
Algunas veces	5	13%
Bastantes veces	13	33%
Casi siempre	18	45%
Total	40	100%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

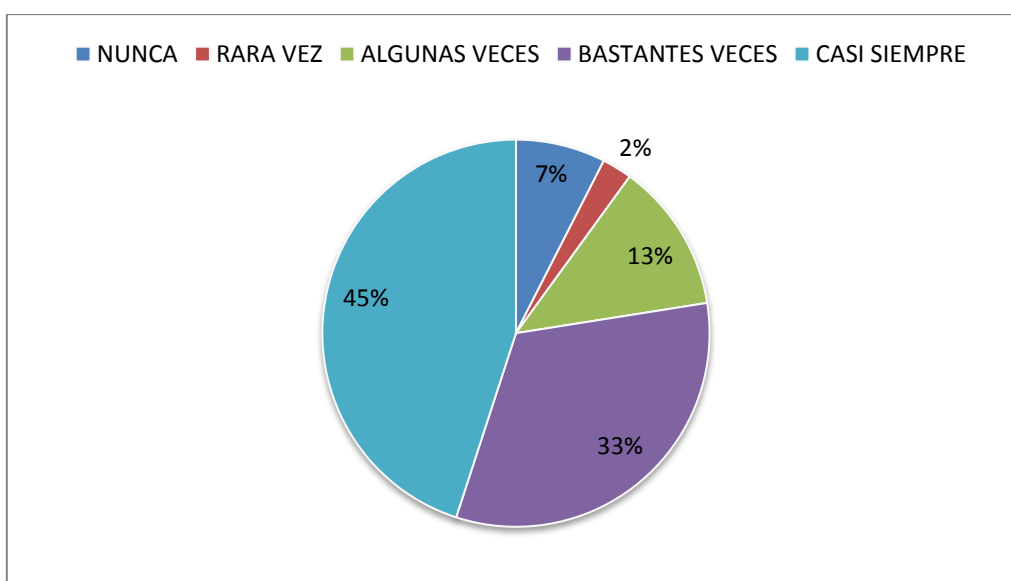


Gráfico N°21: Tenso cuando está cerca de su familiar

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Análisis e interpretación

De un total de 40 cuidadores, 3 casos que constituyen el 7% dicen que nunca se sienten tensos cuando están cerca de su familiar, 1 caso que corresponde a un 2% señala rara vez, 5 casos con el 13% destacan algunas veces, 13 casos con un 33% expresan bastantes veces, y 18 casos con el 45% manifiestan casi siempre.

En mayor instancia se considera que casi siempre se sienten tensos cuando están cerca de su familiar, esto a causa del nexo que les une y porque a veces se presentan circunstancias que se escapan de control que no pueden solucionarse con prontitud.

10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?

Tabla N°28: Salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0%
Rara vez	2	8%
Algunas veces	5	12%
Bastantes veces	8	31%
Casi siempre	25	49%
Total	40	100%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

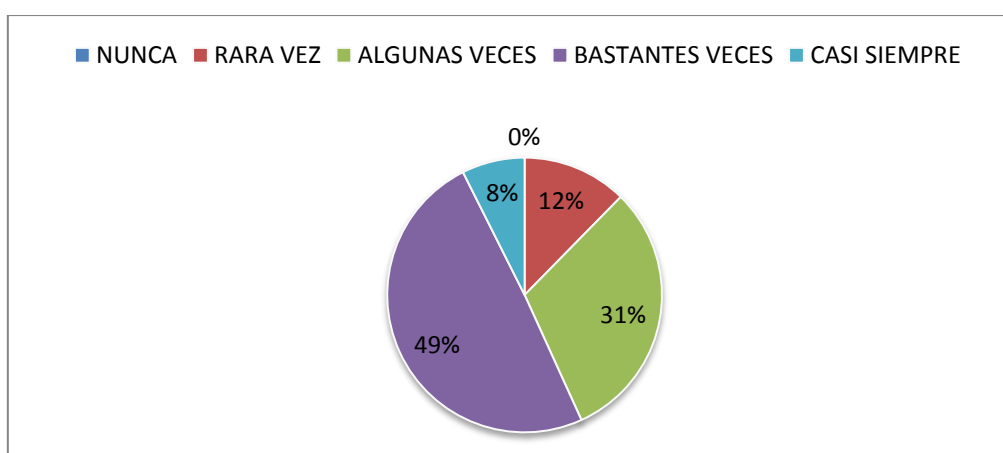


Gráfico N°22: Salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Análisis e interpretación

De los 40 cuidadores, 2 casos con el 8% señalan que rara vez piensan que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar, 5 casos con el 12% dicen algunas veces, 8 casos que representan el 31% eligen la opción bastantes veces, y 25 casos con el 49% manifiestan casi siempre.

Como se puede afirmar la alternativa casi siempre es la de más alto porcentaje en vista que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar, presentado agotamiento físico y mental, sobrecargas, depresión, sentimientos de culpa y estrés, por ello es recomendable que el cuidador acuda a una consulta médica para evitar que su salud se agrave.

11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?

Tabla N°29: Intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0%
Rara vez	0	0%
Algunas veces	1	2%
Bastantes veces	11	28%
Casi siempre	28	70%
Total	40	100%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

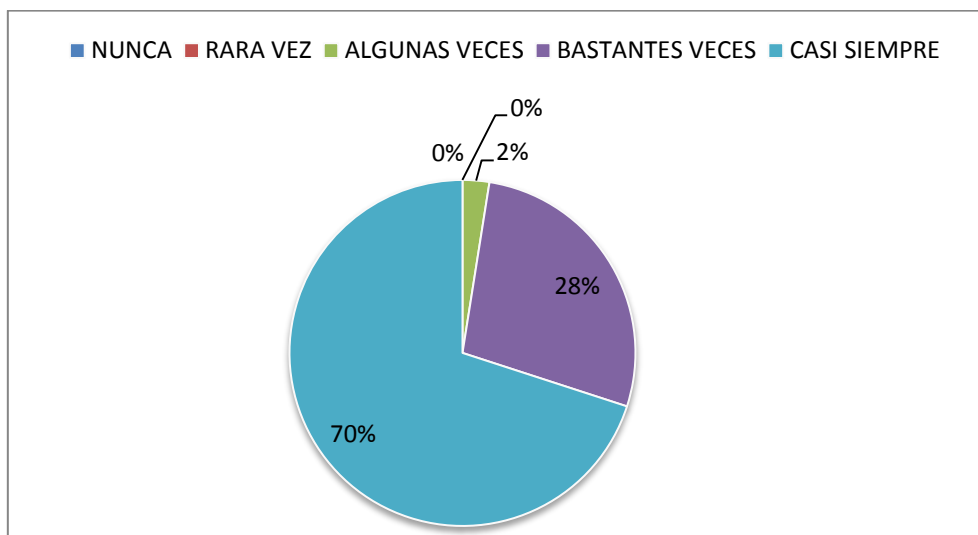


Gráfico N°23: Intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Análisis e interpretación

Del total de 40 cuidadores, 1 caso con el 2% dice que algunas veces piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar, 11 casos correspondientes a un 28% eligen la alternativa bastantes veces, mientras que 28 casos con el 70% optan por la opción casi siempre.

En un alto porcentaje casi siempre dicen que no tiene tanta intimidad como les gustaría debido a tener que cuidar de su familiar y en muchos de los casos se cohiben en realizar las numerosas actividades que normalmente hacen en su vida diaria.

12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?

Tabla N°30: Negativamente por tener que cuidar de su familiar

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0%
Rara vez	0	0%
Algunas veces	0	0%
Bastantes veces	11	27%
Casi siempre	29	73%
Total	40	100%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

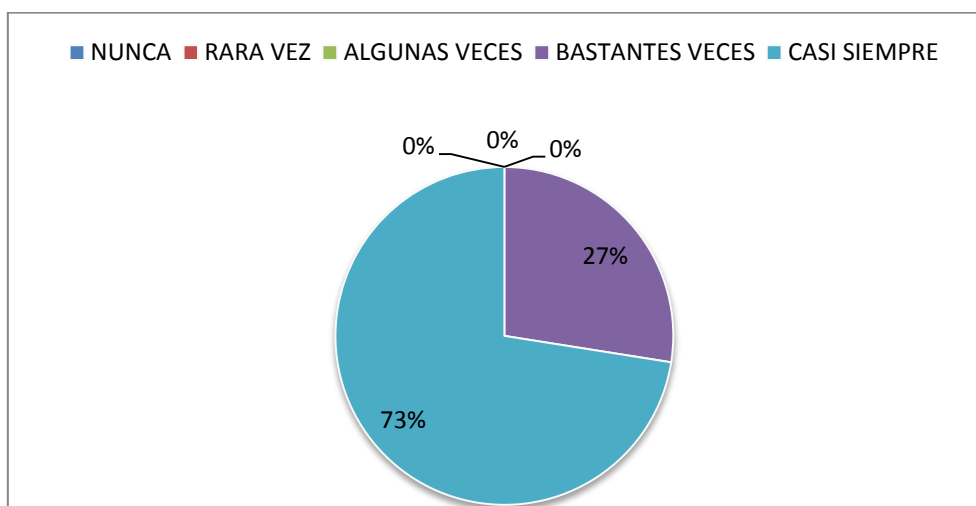


Gráfico N°24: Negativamente por tener que cuidar de su familiar

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Análisis e Interpretación:

De un total de 40 cuidadores 11 casos tienen un porcentaje del 27% que mencionan bastantes veces piensan que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar, 29 casos con un 73% que corresponde a la opción casi siempre piensan que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar.

Del mayor porcentaje se destaca que los cuidadores casi siempre piensan que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar, se cohíben y no tienen vida social.

13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?

Tabla N°31: Distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0%
Rara vez	1	2%
Algunas veces	8	20%
Bastantes veces	12	30%
Casi siempre	19	48%
Total	40	100%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

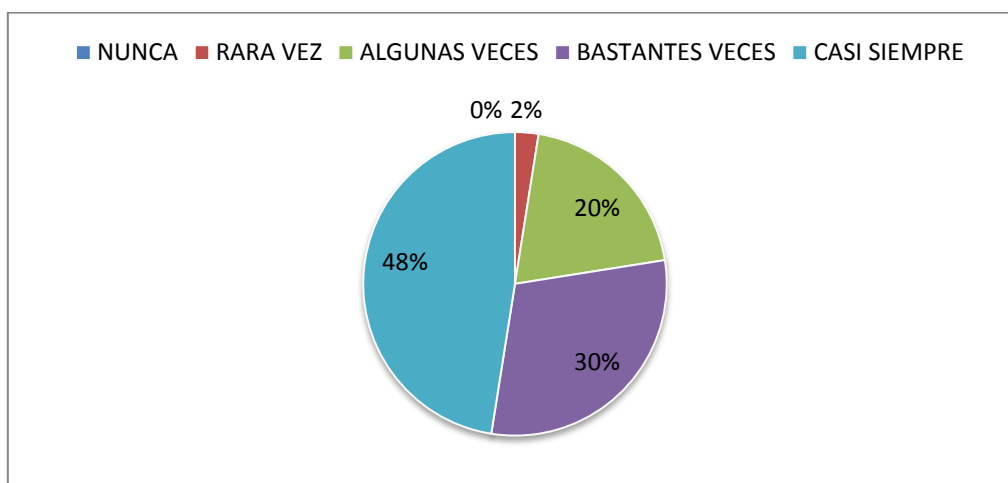


Gráfico N°25: Distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Análisis e interpretación:

Se identifica en un total de 40 cuidadores 1 caso con un 2% establece que rara vez, se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar, 8 casos con el 20% manifiestan bastantes veces y la expectativa de algunas veces, 12 casos representa el 30% y 19 casos consta de un 48% de casi siempre rara vez, se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar.

De un alto porcentaje se observa que la opción casi siempre determina que se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar.

14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?

Tabla N°32: considera a usted la única persona que le puede cuidar a su familiar

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0%
Rara vez	2	5%
Algunas veces	2	5%
Bastantes veces	7	17%
Casi siempre	29	73%
Total	40	100%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

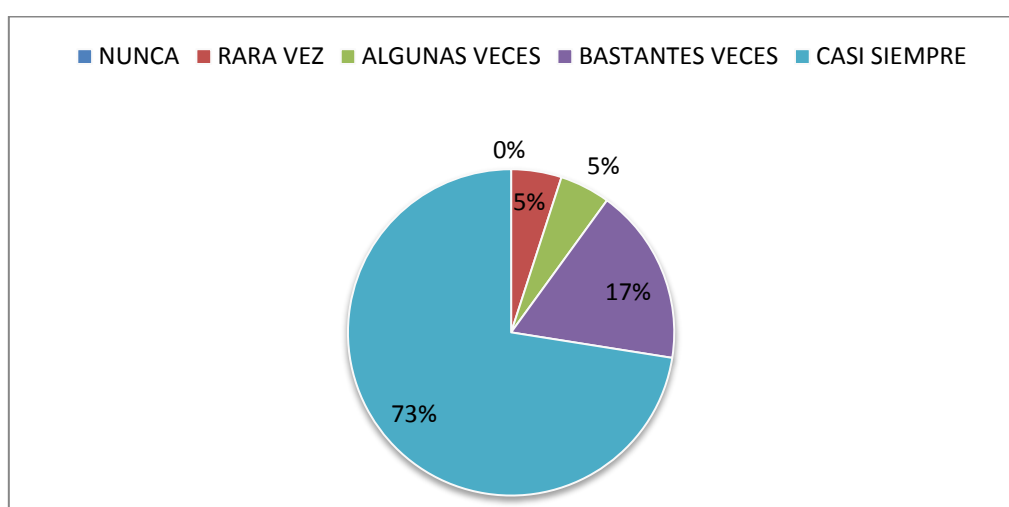


Gráfico N°26: considera a usted la única persona que le puede cuidar a su familiar

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Análisis e interpretación:

En esta interrogante de los 40 cuidadores 2 casos de un 5% respondieron rara vez que piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar, 2 casos el porcentaje 2% establecen que algunas veces, 7 caso constituye 17% mencionan que bastantes veces, y 29 casos y el 73% casi siempre piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar.

El mayor porcentaje corresponde a la opción casi siempre piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar, piensa que afecta negativamente con la relación directa de sus familiares.

15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?

Tabla N°33: Suficientes ingresos económicos

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	5	12%
Rara vez	17	42%
Algunas veces	8	20%
Bastantes veces	5	13%
Casi siempre	5	13%
Total	40	100%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

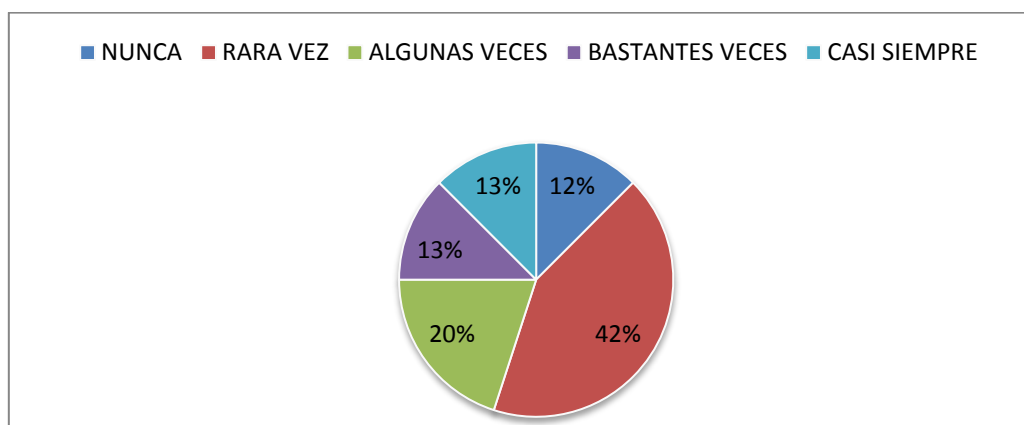


Gráfico N°27: Suficientes ingresos económicos

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Análisis e interpretación:

Se observa de los 40 5 casos corresponde a un 12% que nunca piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos, caso 17 con el 42% consideran rara vez, 8 casos con el 20% que mencionan algunas veces, 5 caso predomina el 13% Bastantes veces, 5 casos constata el 13% casi siempre no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos.

Se puede interpretar con el porcentaje mayor relevancia que casi siempre no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos.

16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?

Tabla N°34: Será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0%
Rara vez	0	0%
Algunas veces	3	7%
Bastantes veces	18	45%
Casi siempre	19	48%
Total	40	100%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

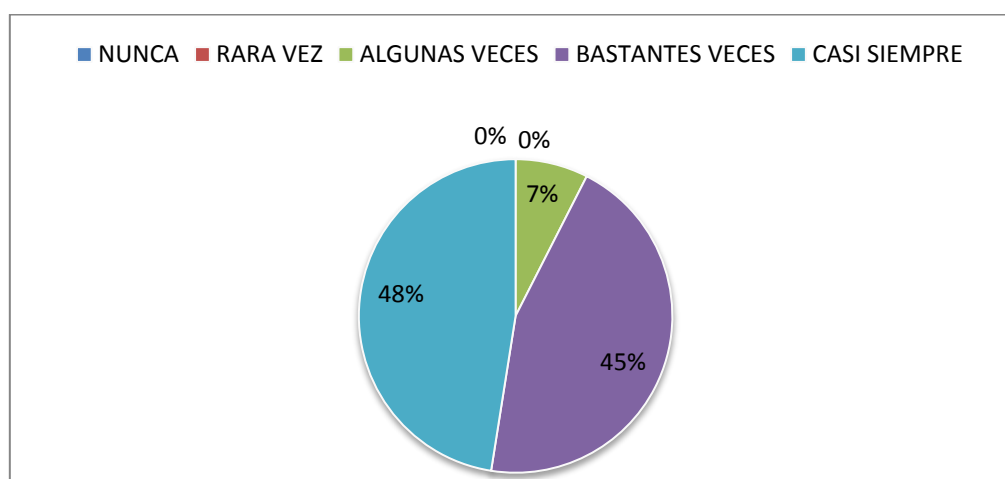


Gráfico N°28: Será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Análisis e interpretación

Al obtener los resultados de los 40 cuidadores se observa que 3 casos pertenecen a un 7% que respondieron algunas veces piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo, 18 casos representan el 45% bastantes veces, 19 casos con el porcentaje 48% que contestaron que piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo.

Después de haber analizado los datos de los test la opción con mayor relevancia casi siempre determinó que piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo lo que al cuidador le ocasiona su falta de tiempo.

17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?

Tabla N°35: Perdido el control de su vida

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0%
Rara vez	2	5%
Algunas veces	7	17%
Bastantes veces	13	33%
Casi siempre	18	45%
Total	40	100%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

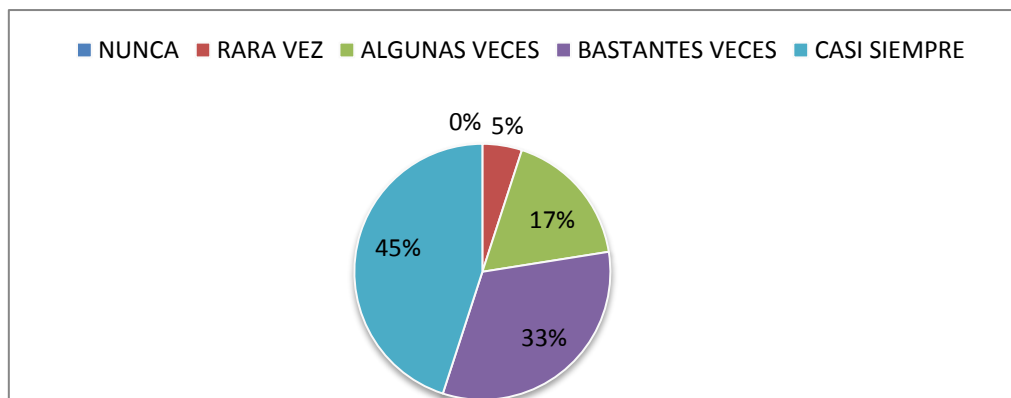


Gráfico N°29: Perdido el control de su vida

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Análisis e interpretación:

Una vez obtenidos los resultados obtenidos de los 40 cuidadores de centro gerontológico del Señor de los Remedios 2 casos con un 5% que determinan rara vez, se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar, 7 casos dando un 17% con la opción algunas veces, 13 casos da como respuesta un porcentaje de 33% manifestando bastantes veces, 18 casos con un 45% opinan que se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar.

De lo expuesto en la tabulación se puede interpretar con alto porcentaje casi siempre se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar, el cuidador ha sido conceptualizado con el término general de carga, Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar.

18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?

Tabla N°36: Cuidado de su familiar a otra persona

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0%
Rara vez	0	0%
Algunas veces	2	5%
Bastantes veces	15	37%
Casi siempre	23	58%
Total	40	100%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

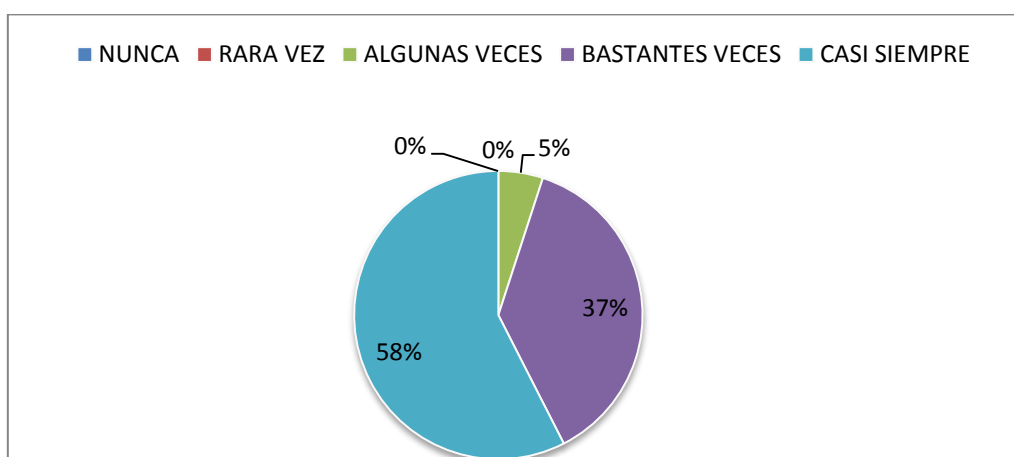


Gráfico N°30: Cuidado de su familiar a otra persona

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Análisis e interpretación:

De acuerdo al análisis en estos tés se puede observar que existe 2 casos mediante un 5% que mencionaron algunas veces desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona, 15 casos corresponden a un 37% que instituyen bastantes veces, y 23 casos constituye a un 58% que fijan que desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona.

De lo observado se puede deducir un alto porcentaje corresponde a casi siempre desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona o como pueden ser en centros residenciales con el apoyo de otra persona, pero esto hace que se sienta indeciso sobre qué hacer con su familia.

19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familia?

Tabla N°37: Indeciso sobre qué hacer con su familia

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0%
Rara vez	0	0%
Algunas veces	3	7%
Bastantes veces	12	30%
Casi siempre	25	63%
Total	40	100%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

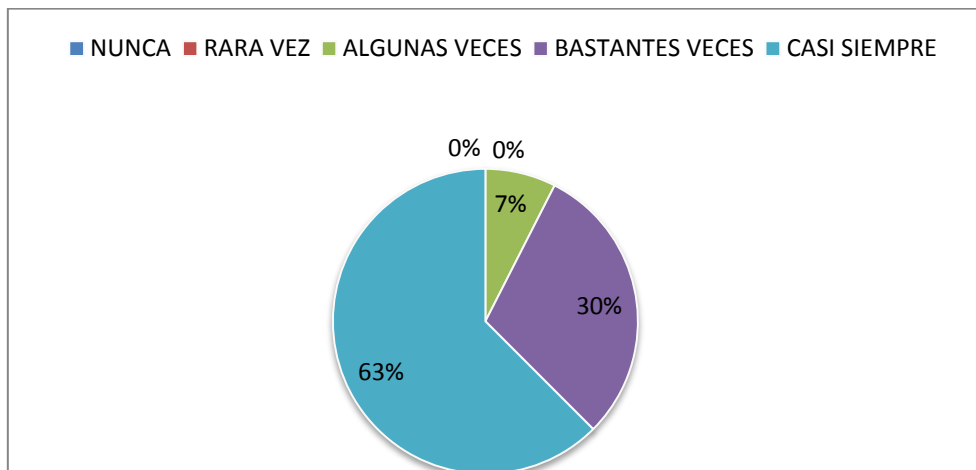


Gráfico N°31: Indeciso sobre qué hacer con su familia

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Análisis e interpretación:

De un total de 40 cuidadores 3 casos pertenece a un 7% con la alternativa algunas veces se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar, 12 caso corresponde al 30% estipula la opción bastantes veces, 25 casos pertenece a un 63% que señalan casi siempre se siente indeciso sobre qué hacer con su familia.

Luego de haber analizado los datos arrojados en estos test contiene un mayor porcentaje la alternativa casi siempre se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar, el síndrome del cuidador es un trastorno que se presenta en pérdida de independencia que caerá en los familiares más directos.

20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?

Tabla N°38: Debería hacer más por su familiar

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0%
Rara vez	0	0%
Algunas veces	3	7%
Bastantes veces	17	43%
Casi siempre	20	50%
Total	40	100%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

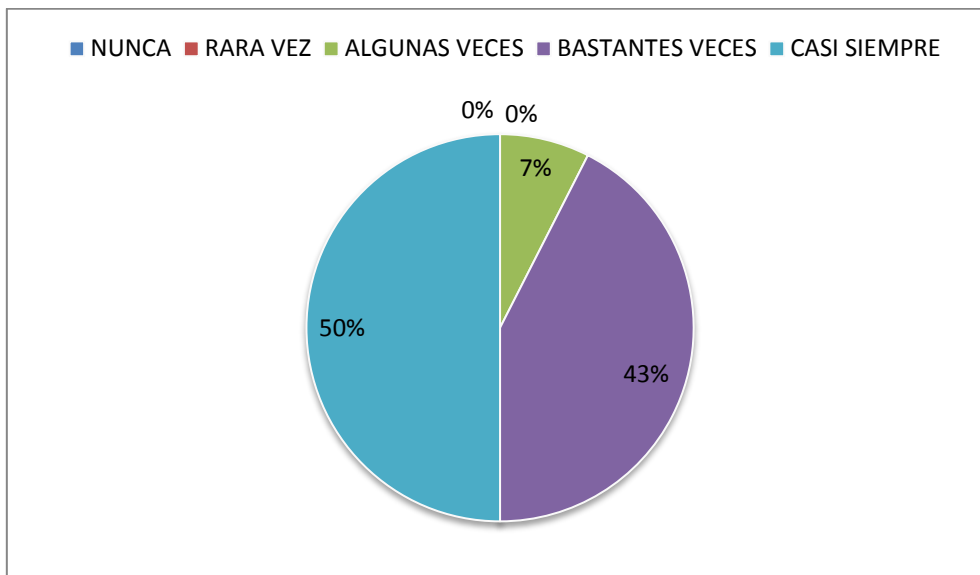


Gráfico N°32: Debería hacer más por su familiar

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Análisis e interpretación:

De los resultados obtenidos del análisis efectuado se demuestra 3 casos con el 7% con la opción algunas veces piensa que debería hacer más por su familiar, en el caso 17 presenta un 43% que muestran bastantes veces, 20 casos enfoca el 50% del casi siempre piensa que debería hacer más por su familiar.

Después de haber analizado los datos se demuestra con un mayor porcentaje que determinan que casi siempre piensa que debería hacer más por su familiar, si deberá poner más atención a su familia porque realmente lo necesita.

21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?

Tabla N°39: Podría cuidar mejor a su familiar

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	2	5%
Rara vez	2	5%
Algunas veces	9	9%
Bastantes veces	11	11%
Casi siempre	16	16%
Total	40	100%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

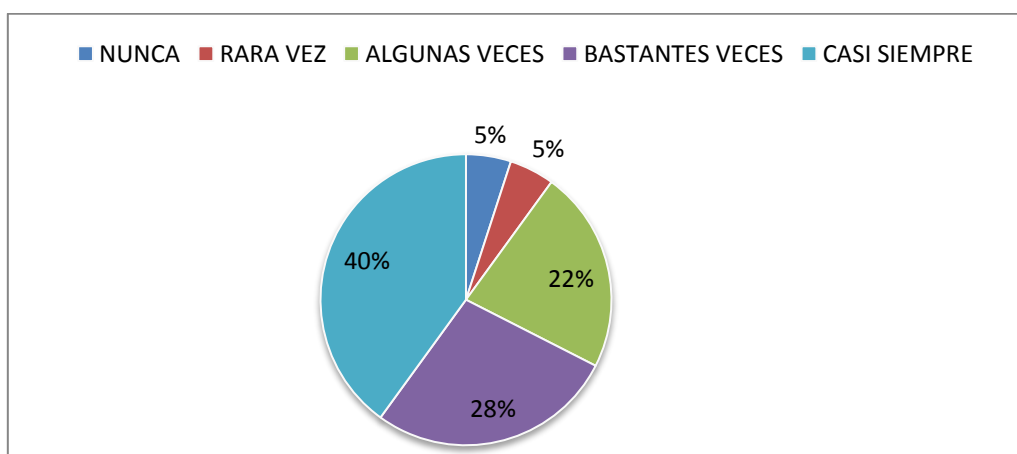


Gráfico N°33: Podría cuidar mejor a su familiar

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Análisis e interpretación:

Luego de analizar la tabulación se observa en 2 casos indicando un porcentaje del 5% que opinan que nunca piensa que podría cuidar mejor a su familiar, mientras, 2 casos muestran un 5% que rara vez, 9 casos expresa un 9% algunas veces, 11 casos destacan el 11% bastantes veces, y los 16 casos restante enfoca un 16% que casi siempre piensa que podría cuidar mejor a su familiar.

Entendiéndose en este test con un alto porcentaje respondieron casi siempre piensa que podría cuidar mejor a su familiar por lo tanto el aumento de la esperanza de vida provoca un envejecimiento y se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar.

22. Globalmente, ¿Qué grado de “carga “experimenta el hecho de cuidar a su familia?

Tabla N°40: Grado que experimenta el hecho de cuidado a su familia

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0%
Rara vez	0	0%
Algunas veces	2	5%
Bastantes veces	16	40%
Casi siempre	22	55%
Total	40	100%

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

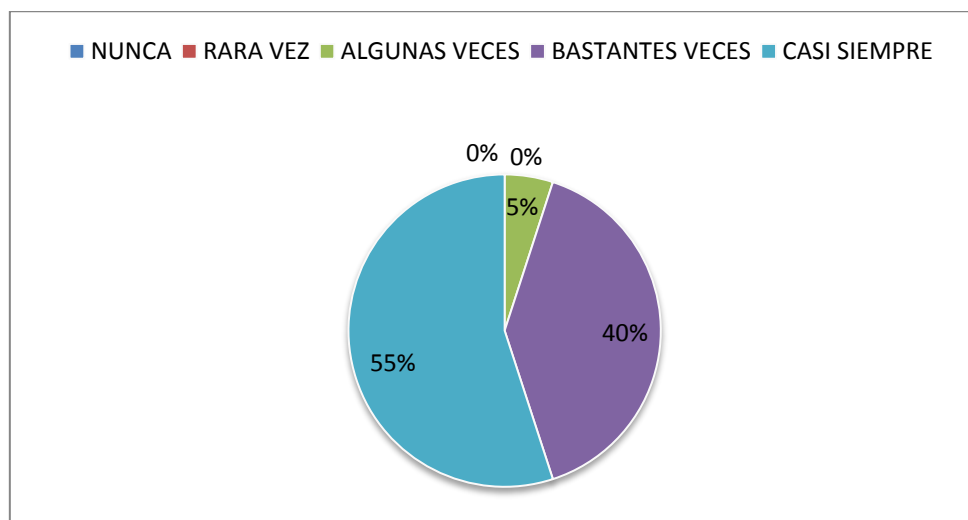


Gráfico N°34: Grado que experimenta el hecho de cuidado a su familia

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Análisis e interpretación:

De los resultados obtenidos en la tabulación demuestra en el caso 2 que un porcentaje del 5% con la opción algunas veces globalmente, ¿Qué grado de “carga “experimenta el hecho de cuidar a su familia?, el caso 16 menciona un 40% bastantes veces, el caso N° 22 representa un

55% que casi siempre Globalmente, ¿Qué grado de “carga “experimenta el hecho de cuidar a su familia?

Se observa que existe un alto porcentaje que casi siempre experimenta el hecho de cuidar a su familia provocando el grado de carga física y psíquica.

4.5 Análisis general del Test de Zarit

Tabla N°41: Valores de cada ítem

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Rara vez	1
Algunas veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Interpretación:

Menor a 47 significa “no sobrecarga”, de 47 a 55 es “sobrecarga leve “, mayor a 55 quiere decir “sobre carga intensa”

A continuación, se desarrolla un análisis general del Test “Zarit” de los cuidadores del Centro Gerontológico “Señor de los Remedios.

Tabla N°42: Resumen del TEST ZART

CUIDADORES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40						
PREGUNTAS																																														
1	0	1	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4			
2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
4	0	1	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
5	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
6	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
8	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
9	0	0	0	1	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
10	1	1	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
11	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
13	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
14	1	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
15	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4		
16	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
17	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
18	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
19	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
20	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
21	0	0	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
22	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
PUNTAJES	37	42	51	55	58	60	61	63	64	67	67	69	70	71	71	75	75	76	77	77	79	81	85	85	86	86	86	86	87	87	87	87	87	87	88	88	88	88	88	88	88	88				

Fuente: Investigación de campo
 Elaborado por: Monserrath Alarcón

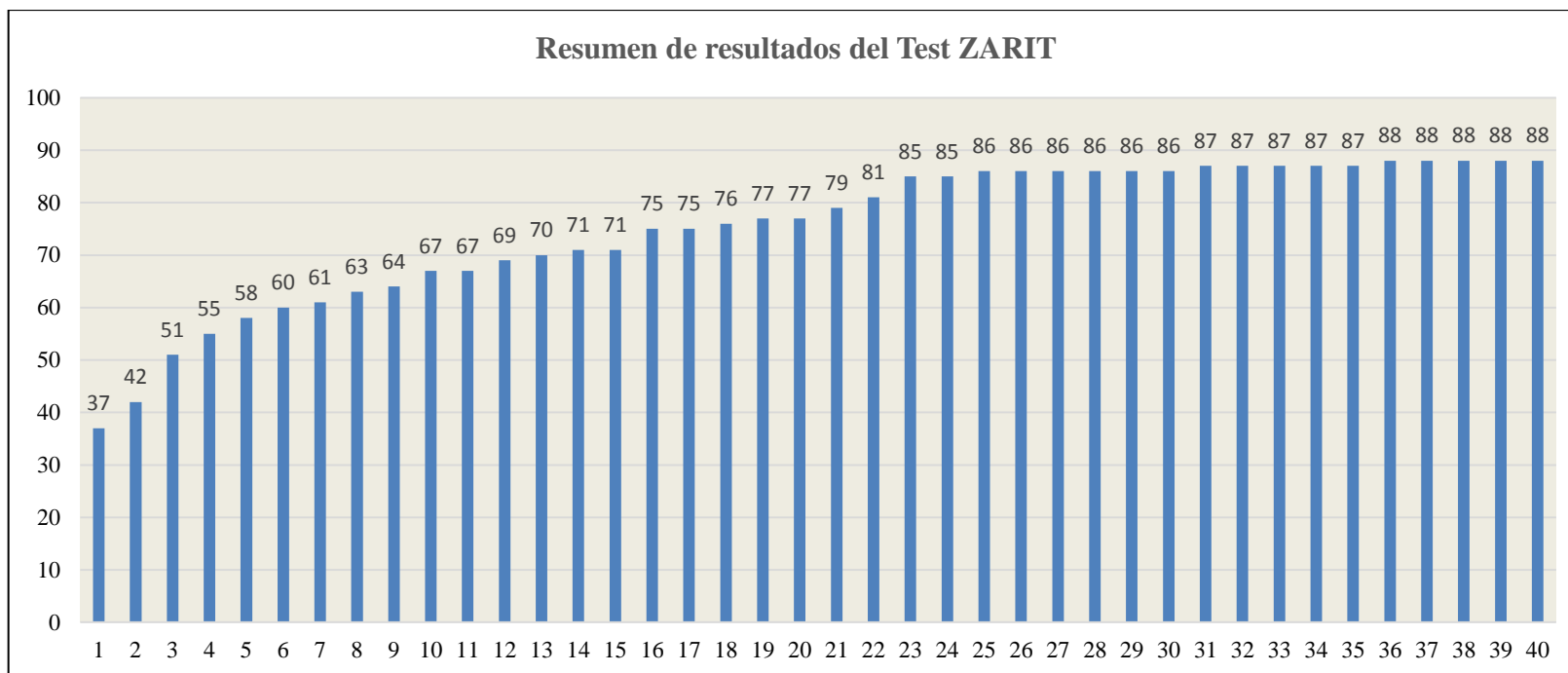


Gráfico N°35: Grado que experimenta el hecho de cuidar a su familia

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

En base al gráfico de los resultados del Testa Zarit, a acuerdo a la tabla de los valores de cada ítem, (de menor a 47) se detalla 2 casos, lo cual representa no sobrecarga, así mismo (de 47 a 55) se ostenta **2** casos más que presentan sobre carga leve, y los **36** casos restantes están sobre (> a 55) dando a entender que muestran sobre carga intensa, finalmente se resume que la mayoría de los cuidadores del Centro Gerontológico “Señor de los Remedios” demuestran un alto grado de sobrecarga.

Tabla N°43: Tabla de contingencia Genero * Sobrecarga psíquica

		Sobrecarga psíquica			Total
		no sobrecarga	sobrecarga leve	sobrecarga intensa	
Genero	Recuento	2	2	28	32
	% dentro de Genero	6,3%	6,3%	87,5%	100,0%
	Femenino % dentro de Sobrecarga psíquica	100,0%	100,0%	77,8%	80,0%
	% del total	5,0%	5,0%	70,0%	80,0%
	Recuento	0	0	8	8
	% dentro de Genero	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Masculino	% dentro de Sobrecarga psíquica	0,0%	0,0%	22,2%	20,0%
	% del total	0,0%	0,0%	20,0%	20,0%
	Recuento	2	2	36	40
Total	% dentro de Genero	5,0%	5,0%	90,0%	100,0%
	% dentro de Sobrecarga psíquica	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	5,0%	5,0%	90,0%	100,0%

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Fuente: Resultados del Test ZART y variable genero de los cuidadores

Análisis e interpretación:

Con estos resultados se demuestra que del total de 40 cuidadores que se investigaron, el género femenino el 6,3% no presentan sobrecarga, otro 6,3% tienen sobrecarga leve, y el 87,5% tienen sobrecarga intensa. Por otro lado en el género masculino 8 personas con el 100% presentan sobrecarga intensa. Dando a entender que la presencia de sobrecarga psíquica están en las mujeres.

4.6 Verificación de la hipótesis

Para la verificación de la hipótesis del presente trabajo investigativo se realizó mediante el programa SPSS.

Hipótesis Alternativa: Hi: La demencia de los adultos mayores del Centro Gerontológico “Señor de los Remedios influye en la sobrecarga psíquica de sus cuidadores.

Hipótesis Nula: Ho: La demencia de los adultos mayores del Centro Gerontológico “Señor de los Remedios no influye en la sobrecarga psíquica de sus cuidadores.

Prueba estadística

Tabla N°44: Tabla de contingencia QDRS * ZARIT

			ZARIT																				Total		
			37	42	51	55	58	60	61	63	64	67	69	70	71	75	76	77	79	81	85	86	87	88	
QD	28	Recuento	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
		Frecuencia esperada	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,1	,0	,0	,1	,1	,0	,1	,0	,0	,1	,2	,1	,1	1,0
RS	29	Recuento	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
		Frecuencia esperada	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,3	,3	,3	2,0
	30	Recuento	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
		Frecuencia esperada	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,3	,3	,3	2,0
	32	Recuento	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
		Frecuencia esperada	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,1	,0	,0	,1	,1	,0	,1	,0	,0	,1	,2	,1	,1	1,0
	35	Recuento	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
		Frecuencia esperada	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,1	,0	,0	,1	,1	,0	,1	,0	,0	,1	,2	,1	,1	1,0
	36	Recuento	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
		Frecuencia esperada	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,2	,1	,1	,2	,2	,1	,2	,1	,1	,2	,5	,4	,4	3,0
	37	Recuento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
		Frecuencia esperada	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,1	,0	,0	,1	,1	,0	,1	,0	,0	,1	,2	,1	,1	1,0
	38	Recuento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
		Frecuencia esperada	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,1	,3	,3	,3	2,0
	39	Recuento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
		Frecuencia esperada	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,1	,0	,0	,1	,1	,0	,1	,0	,0	,1	,2	,1	,1	1,0
	40	Recuento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	2	1	1	2	6	5	5	26
		Frecuencia esperada	,7	,7	,7	,7	,7	,7	,7	,7	,7	1,3	,7	,7	1,3	1,3	,7	1,3	,7	,7	1,3	3,9	3,3	3,3	26,0
Total		Recuento	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	2	1	1	2	6	5	5	40
		Frecuencia esperada	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	2,0	1,0	1,0	2,0	2,0	1,0	2,0	1,0	1,0	2,0	6,0	5,0	5,0	40,0

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Tabla N°45: Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	312,564 ^a	189	,000
Razón de verosimilitudes	105,235	189	1,000
Asociación lineal por lineal	32,702	1	,000
N de casos válidos	40		

a. 220 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Fuente: Investigación de campo

Elaborado por: Monserrath Alarcón

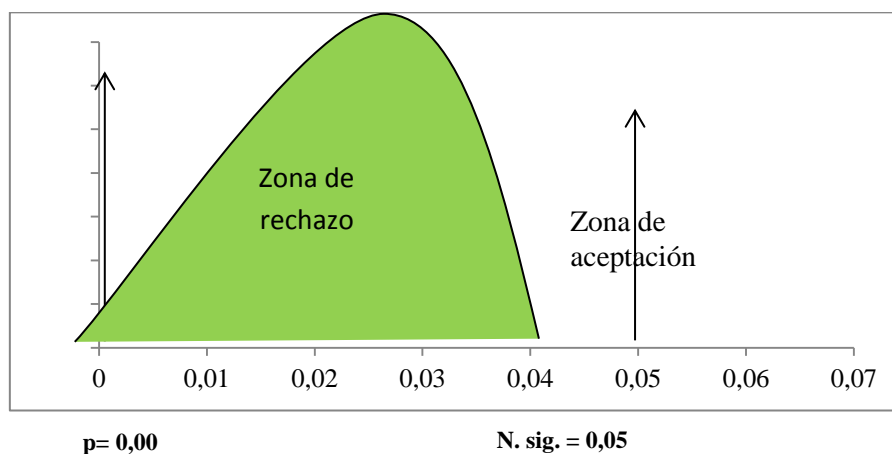


Gráfico N°36: Chi-cuadrado

Fuente: Sistema SPSS

Elaborado por: Monserrath Alarcón

Regla de decisión

Dado que el valor de p 0,00 no supera el valor de significancia 0,05 es decir se encuentra por debajo del nivel de significancia, se acepta la **Hipótesis Alternativa (H_1)**: es decir que confirma que la demencia de los adultos mayores del Centro Gerontológico “Señor de los Remedios influye en la sobrecarga psíquica de sus cuidadores, y se rechaza la Hipótesis Nula. (H_0).

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Se concluye que la demencia es un síndrome ordinariamente de naturaleza crónica que afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio en las personas, siendo así una de las principales causas de dependencia entre las personas adultas mayores, ya que la mayoría de las demencias degenerativas son enfermedades que surgen en edades más avanzadas. El cuidador es una persona que acompaña y apoya a otras personas en un proceso de enfermedad o discapacidad. Por lo cual aparece en ellos el fenómeno de la sobrecarga ya sea física o psíquica donde se da cambios de rutina cotidiana, las relaciones familiares, sociales o cambios de ocio entre otros elementos que causan la sobrecarga del cuidador.

Con la aplicación del test Odrs, Quick Dementia Rating System a 40 adultos mayores del Centro Gerontológico Señor de los Remedios, en base a la demencia leve, moderado y severo, se ha identificado que la mayoría presentan una pérdida de memoria severa, no cuentan con una orientación eficaz, además ellos son incapaces de tomar decisiones o resolver problemas, es así que los adultos mayores presentes un alto nivel de demencia además, se presencia un alto porcentaje de comportamientos o cambios de personalidad negativos, no mantiene una excelente comunicación, presentan cuadros de tristeza, ansiedad nerviosismo o la pérdida de interés.

En cuanto al nivel de sobrecarga psíquica de los cuidadores en base al test de Zarit se ha determinado que; que la mayoría de los casos están mayor a 55 de la sobrecarga, dando a entender que los cuidadores presentan sobrecarga intensa. Debido a que además del cuidado de su familiar cumplen con las actividades en sus respectivos hogares, donde su carga física y emocional es el doble. Además, esta situación se da porque el cuidador no está preparado o capacitado para presentar cuidados que en realidad los adultos mayores lo necesitan.

5.2 Recomendaciones

En base a los resultados de que los adultos mayores presentan niveles graves de demencia, es necesario que los cuidadores soliciten ayuda profesional, para que los pacientes puedan iniciar una terapia con el propósito de ayuda en el comportamiento, donde la calidad de vida del adulto mayor mejore en donde se tenga en cuenta cada una de sus necesidades, habilidades y pueda realizar actividades de acuerdo a las mismas, además de la interacción saludable, alimentación adecuada, actividad física que les permita en la noche descansar adecuadamente. En los casos en que los adultos mayores tienen familias es necesario que los visiten.

Los cuidadores de los adultos mayores con demencias, deben tomar consideración en que esta es una enfermedad crónica y progresiva, donde ya no depende de la persona adulta mayor, es por esta razón que el cuidador debe capacitarse para tener una mejor orientación para el cuidado y que se se tome en cuenta las particularidades de cada caso donde la sobrecarga del cuidador disminuya progresivamente en base a la psicoterapia individual a la que debe asistir, así como también a las terapias grupales en donde cada uno exponga cada uno de sus casos y con la ayuda de un profesional dirijan, canalicen sus pensamientos y puedan enfrentarse a cada situación dentro el centro de la mejor manera y que de esta manera su salud mejore.

Mediante convenios con el Ministerio de Salud Pública, la Municipalidad del Cantón Píllaro se recomienda hacer seguimientos tanto a los adultos mayores como a los cuidadores en donde se priorice su cuidado, brindando las capacitaciones necesarias, tratamientos y cuidados en las que la salud mental sea prioridad a través de actividades de ocio, recreativas tanto dentro del centro gerontológico por lo menos una vez a la semana y fuera del mismo cada seis meses.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Bibliografía

- Aguera, L. B., Blanco, J., & et al. (2005). *Consenso Español sobre Demencias*. Barcelona: Editorial Novartis Neuroscience.
- Ayala, A., Castro, E., Díaz, A., & Fernández, G. (2015). *Salud y calidad de vida de personas mayores con demencia institucionalizadas*. Madrid : Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Economía y Competitividad.
- Bernal, C. (2006). *Metodología de la Investigación. Para administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. . México: Pearson Educación.
- Borda, M. (2013). *El proceso de investigación; Visión general de su desarrollo*. Colombia: Editorial Universidad del Norte.
- Butcher, James, Mineka, S., & Hooley, J. (2007). *Psicología Clínica 12° edición* . Madrid : Editorial Pearson Educación S.A.
- Da Silva, C. (2008). *Ser cuidador estrategias para el cuidado del adulto mayor* . México : Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. . México: McGRAW-HILL.
- MIES. (2012). *Inversión Población vulnerable*.
- Millán, P. (2012). *Tipos básicos y clasificación etiopatogénica de las demencias 3era. edición* . Madrid : Editorial Médica Panamericana.
- Molinuevo, J., & Peña, J. (2009). *Grupo de estudio de neurología de la conducta y demencias. Guía oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones*. Barcelona : Sociedad Española de Neurología (SEN) .
- Molinuevo, J., & Peña, J. (2009). *Guía oficial para la práctica clínica en demencias: conceptos, criterios y recomendaciones*. Barcelona : Editorial Prous Science D.L. .
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Demencia: una prioridad de salud pública*. Washington: OMS, Organización Panamericana de la Salud.
- Paella , S., & Martins , F. (2010). *Metodologías de la Investigación*. Caracas: Universidad Pedagógica Experimental Libertador.
- Pazitková, V. T. (2010). Repercusión de la demencia en los cuidadores primordiales del policlínico "Ana Betancourt" .

- Pérez, R., Galán, A., & Quintanal, J. (2012). *Métodos y diseños de investigación en educación*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia .
- Pichot, P., López, J., & Valdés, M. (2016). *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* . Estados Unidos : American Psychiatric Association Publishing.
- Ruiz, E. (2014). *Análisis del estilo de liderazgo y las habilidades directivas como factor de influencia en el ambiente laboral del Hospital General de Sub-zona Tierra Blanca*. México: GRIN.
- Samperio, V., Pérez, N., Zúñiga, A., Hernández, M., & Domínguez, J. (2011). *Introducción a la Estadística*. México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Tajima, K., Torres, B., Martínez, A., & et al. (2014). *Manual APIR Psicopatología 2da edición*. Madrid : Academia de Preparación PIR, S.L.
- Torres, B., Barrantes, M., & Tajima, K. (2015). *Manual AIR Psicopatología*. Madrid: Academia de Preparación PIR S.L.
- Trull, T., & Phares, J. (2003). *Psicología clínica, conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión sexta edición*. México : Ediciones Paraninfo, S.A. .
- Vásquez, L. (2012). *Estado del Arte de la Enfermedad de Alzheimer en España*. Colombia: Universidad de la Sabana.
- Vindel, A. (2012). *La naturaleza del estrés*. España: Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés.

Linkografía

- Aguilar, L., Zamora, M., & Casado, G. (2012). Sobrecarga y dolor percibido en cuidadoras de ancianos dependientes. *Revista Electrónica Enfermería Global*, núm. 27, 159-165. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000300009
- Andrade, A. M. (2008). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Scielo*.
- Aragon. (2003). *Aragon*. Obtenido de <http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/ANEXO+IX+ESCALA+DE+VALORACI%C3%93N+FUNCIONAL+Y+COGNITIVA.PDF>

- Ballesteros, S. A. (2014). Cansancio del rol del cuidador: Analisis de sus factores relacionados. *Reduca*. Obtenido de <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/1708/1724>
- Banchero, S., & Mihoff, M. (2017). Personas mayores cuidadoras: sobrecarga y dimensión afectiva. *Revista Psicología, Conocimiento y Sociedad*, vol. 7, núm. 1, 7-35. Obtenido de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/pcs/v7n1/1688-7026-pcs-7-01-00007.pdf>
- Bayas, N. (2 de agosto de 2000). Obtenido de <http://www.saludalia.com/salud-familiar/que-es-geriatria>
- Cabrera, Y., & López, J. (2013). Psicodiagnóstico, una mirada a su historia. *Revista de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, vol. 5, núm.3, 85-91. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1800/180020205014.pdf>
- Díaz, C., Mendoza, S., & Sáez, K. (2015). Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas dependientes. *Revista Enfermería Global*, Núm.38, 235-248. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n38/administracion4.pdf>
- Donoso, A. (2012). Demencias: perspectiva del fin de siglo, vol. 39, núm. 1. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 20-21. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272001000100009
- Gracia, A., Serrano, J., López, R., Aznar, C., & Aragües, G. (2016). Ocupación laboral y riesgo de deterioro cognitivo y demencia en personas mayores de 55 años: una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, Vol. 90, núm. 21, 2-15.
- Landínez, N., Caicedo, I., Lara, M., & et al. (2015). Implementation of an education program for caregivers of dependent or disabled elderly. *Revista de la Facultad de Medicina*, vol. 63, núm. 3, 75-82.
- López, J., & Orueta, R. (2009). El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Scielo*, 332-334. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v2n7/original3.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (05 de 2016). *Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores*. Quito: MSP, Gobierno Nacional del Ecuador. Obtenido de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/NORMAS%20Y%20PROTOCOLOS%20DE%20ATENCI%C3%93N%20IN>

TEGRAL%20DE%20SALUD%20A%20LOS%20Y%20LAS%20ADULTOS%20MAYORES.pdf

- Miranda, K. E. (2012). Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Revista Ciencia y Enfermería XVIII* (2), 23-30. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v18n2/art_03.pdf
- Moreno, P., & Blanco, M. (2012). Trastornos mentales orgánicos (III). *Revista Tratado de Psiquiatría*, 203-220. Obtenido de https://psiquiatria.com/tratado/cap_10.pdf
- Navarro, M., Jiménez, L., García, M. C., & Calleja, M. (2018). Los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores: intervenciones de enfermería. *Revista Gerokomos*, 29(2), 79-82. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v29n2/1134-928X-geroko-29-02-00079.pdf>
- Nogareda, C. (2013). *La carga mental del trabajo: definición y evaluación*. Barcelona : Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, Insituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo . Obtenido de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/101a200/ntp_179.pdf
- Olmo, G., López, P., Vila, M., & Nierga, P. (2015). Viabilidad de un registro de demencias. características clínicas y cobertura diagnóstica. *Revista Neurol*, vol. 44, núm. 7, 385-391. Obtenido de <https://pdfs.semanticscholar.org/7b88/e177cc19f29b7895daabee49475874fd97d6.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra Suiza: Ediciones de la OMS. Obtenido de http://www.who.int/topics/mental_health/es/
- Pedraza, C. (2013). Neuropsicología del envejecimiento y las demencias. *Revista Escritos de Psicología*, vol. 6, núm. 3, 1-4. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=271030534001>
- Piñanez, M., Domínguez, M., & Núñez, A. (2016). Sobrecarga en cuidadores principales de Adultos mayores. *Revista Salud Pública Paraguay*, vol. 6, núm. 2, 10-15. Obtenido de <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/905082/10-15.pdf>
- Prieto, S., Arias, N., Villanueva, E., & Jiménez, C. (2015). Síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes geriátricos atendidos en un hospital de segundo nivel. *Revista Interna de México*, vol. 31, núm. 6, 660-668. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2015/mim156d.pdf>

- Quizhpi, M., Tigre, M., & Vera, G. (2014). *Prevalencia de demencia en pacientes adultos mayores atendidos en el área de Clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca-Ecuador*. Cuenca: Universidad de Cuenca. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/20318/1/Tesis.pdf>
- Rodríguez, J. d. (2013). Dementia and Alzheimer disease: una prioridad nacional. *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 39, núm. 4, 804-806. Obtenido de <https://www.semanticscholar.org/paper/Dementia-and-Alzheimer-disease%3A-a-nationwide-Rodr%C3%ADguez-Jes%C3%BAs/01b5bc444c68b9060cc1f6de421ad9b3e52de5af>
- Sánchez, C., & Fernández, E. (2014). A propósito de un caso en adulto mayor con demencia vascular en atención domiciliaria. *Revista TOG*, vol. 12, núm. 22, 1-19. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5308792.pdf>
- Torres, B., Agudelo, M., Pulgarín, Á., & Berbesi, D. (2018). Factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario. Medellín, 2017. *Revista Universidad y Salud*, vol. 20, núm. 3, 261-269. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n3/2389-7066-reus-20-03-00261.pdf>
- Trull, T., & Phares, J. (2003). *Psicología clínica, conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión sexta edición*. México : Ediciones Paraninfo, S.A. .

Citas bibliográficas Bases de Datos UTA

- ELSEVIER:** Garrido, A., Díaz, A., Casquero, R., & Riera, M. (2004). Perfil de sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Elsevier*. 33, 2, 61-80. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13057256>
- DIALNET:** Martínez, L. C. (2007). Conceptos de enfermedad y trastorno mental. Clasificación. Trastornos clínicos y de la personalidad. Problemas psicosociales. Bases etiopatogénicas de los trastornos mentales. *Dialnet*, vol. 9, núm.84, 5389-5395. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2347662>
- SPRINGER:** Parra, L., Sánchez, I., & García, R. (2019). Medición del conocimiento del Alzheimer: desarrollo y pruebas psicométricas de la Escala de atención del Alzheimer UJA. *Springer*, 19(63), 3-11. Obtenido de <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186%2Fs12877-019-1086-2.pdf>

SCIENCEDIRECT: Rodríguez, A., Rodríguez, E., Duarte, A., Díaz, E., & Barbosa, Á. (2017). Cross-sectional study of informal caregiver burden and the determinants related to the care of dependent persons. *ScienceDirect*, 19 (3), 156-165. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716301962?via%3Dihub>

SCIENCEDIRECT: Rojo, S., Ayuso, L., García, M., & González, C. (2019). Other degenerative dementias. Dementia with Lewy bodies, dementia in Parkinson's disease, frontotemporal dementia and vascular dementia. *ScienceDirect* 12(74), 4347-4356. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030454121930054X?via%3Dihub>

7. Historia social- laboral

8. Evaluación de funciones mentales superiores o ejecutivas

- Conciencia
- Sensopercepciones:
- Pensamiento:
- Atención
- Memoria
- Afectividad:
- Motivación:
- Juicio crítico:
- Voluntad:
- Instintos:

9. Evaluación de la personalidad

10. Resultado de las pruebas objetivas y proyectivas

11. Diagnóstico presuntivo

12. Diagnóstico final

13. Recomendaciones

14. Tratamiento

.....
Monserrath Alarcón López
Estudiante Universidad Técnica de Ambato
PSICOLOGÍA CLÍNICA

Anexo II: Test Qdrs, Quick Dementia Rating System

- Memoria y recuerdo
- Orientación
- Toma de decisiones y capacidad de resolución de problemas
- Actividades fuera del hogar
- Trabajo el hogar y pasatiempos
- Aseo e higiene personal
- Comportamiento y cambios de personalidad
- Habilidades de lenguaje y comunicación
- Estado de ánimo
- Atención y concentración

Anexo III: Escala de sobrecarga del Cuidador Test de Zarit

A continuación, se presenta una lista de afirmaciones en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo o casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

0=Nunca 1=Rara vez 2=Algunas veces 3=Bastantes veces 4=Casi siempre

ESCALAS DE VALORACIÓN FUNCIONAL Y COGNITIVA

1.- ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?

2.- ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.?

3.- ¿Se siente agotado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?

- 4.- ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?
- 5.- ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?
- 6.- ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Vd. tiene con otros miembros de su familiar?
- 7.- ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?
- 8.- ¿Piensa que su familiar depende de Ud.?
- 9.- ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?
- 10.- ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?
- 11.- ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?
- 12.- ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?
- 13.- ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?
- 14.- ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?
- 15.- ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?
- 16.- ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?
- 17.- ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?

18.- ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?

19.- ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?

20.- ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?

21.- ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?

22.- Globalmente, ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?