



# **ALZHEIMER, CUIDADOS DE ENFERMERÍA HACIA EL CUIDADOR: POSIBLE PACIENTE OCULTO**

**Autor/a: TAMARA GARCÍA ALONSO**

**Tutor/a: PEDRO MARTÍN VILLAMOR**

**Cotutor/a: ANA MONTERO CATALINA**

**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Enfermería**

**Grado en Enfermería**

*“No llores porque no te recuerde,  
sonríe por recordarle tú”*

## ÍNDICE

---

<b>1. RESUMEN .....</b>	<b>3</b>
<b>2. INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>4</b>
<b>3. METODOLOGÍA.....</b>	<b>6</b>
<b>4. DESARROLLO DEL TRABAJO .....</b>	<b>6</b>
4.1 LA ENFERMEDAD .....	6
4.2 EL CUIDADOR .....	8
4.3 CUIDADOR INFORMAL.....	9
4.4 SÍNDROME DEL CUIDADOR PRINCIPAL.....	11
4.5 SOBRECARGA DEL CUIDADOR. “CUIDADOR QUEMADO ” .....	12
4.6 COMO CUIDAR DEL CUIDADOR.....	13
4.7 CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL CUIDADOR Y CALIDAD DE VIDA .....	14
4.8 AGENTE CLAVE: ATENCIÓN PRIMARIA.....	17
<b>5. CONCLUSIONES .....</b>	<b>20</b>
<b>6. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>22</b>
<b>7. ANEXOS .....</b>	<b>26</b>

# 1. RESUMEN

---

El Alzheimer es la demencia que más sufre la población anciana en la mayor parte del mundo, mayoritariamente en los países desarrollados, entre los que se encuentra España. El deterioro cognitivo que experimentan estos individuos, conlleva la pérdida de la autonomía para realizar las actividades cotidianas, creando un estado dependiente e irreversible que hace que otra persona tenga que prestar los cuidados al paciente.

Los cuidadores, destinan mucho tiempo en la atención de su familiar sin ser remunerados por ello, denominándose así cuidadores principales informales, los cuales no están exentos de repercusiones para su salud y bienestar, con el riesgo de convertirse en enfermos ocultos, pues la nueva situación hace que tengan que modificar el ritmo de su vida, generando en ellos alteraciones físicas, psicológicas y/o sociales, alcanzando valores altos de sobrecarga, lo que repercute en la alteración del binomio cuidador – enfermo.

Los profesionales de la Enfermería realizan una labor vital para evitar estas situaciones extremas, pues su marco de atención engloba a los pacientes y a los cuidadores de forma conjunta. Por lo tanto, a la vez que identifican cambios en los enfermos, pueden detectar las consecuencias perjudiciales que sufren los cuidadores.

Un elemento importante en la enfermedad de Alzheimer, es el equipo de Atención Primaria. La sospecha de un posible diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento continuo se lleva a cabo por estos profesionales en los Centros de Salud.

Se emplearon las siguientes palabras clave: **cuidadores, enfermedad de Alzheimer, carga de trabajo, calidad de vida.**

## **2. INTRODUCCIÓN / JUSTIFICACIÓN**

---

La vejez es el periodo de la vida que transcurre desde los 65 años hasta la muerte de la persona. Una cifra cuyo valor se encuentra en aumento, como consecuencia de la elevada esperanza de vida que presentan los individuos en estos tiempos, en España es de 85.6 años para las mujeres y de 80 años para los hombres. El aumento de la esperanza de vida, y la disminución de la tasa de natalidad, repercuten en el aumento de esta población mayor, especialmente en muchos países europeos, entre ellos España. <sup>(1)</sup>  
<sup>(2)</sup> (Anexo 1)

Estos valores trascienden más allá de ser tan solo un dato demográfico, pues este envejecimiento, añadido a una mayor supervivencia de los procesos crónicos, conlleva una situación de dependencia física y psíquica, cada vez más patente entre nuestros mayores. <sup>(3)</sup>

Los profesionales de la enfermería manifiestan gran preocupación por las enfermedades crónicas, dado su carácter irreversible, degenerativo, limitante y de larga duración, que causan transformaciones en todos los ámbitos de los individuos que las padecen, debilitando su calidad de vida y su bienestar. <sup>(4)</sup>

La enfermedad del Alzheimer (en adelante EA), es la más común entre estas situaciones crónicas, representa el 70% de los casos (Anexo2). Constituye la primera causa de demencia en los países desarrollados y la que más dependencia genera, por encima del ictus, el Parkinson o las enfermedades cardiovasculares. En nuestro país, la cifra de diagnosticados se encuentra entre 600.000 - 800.000, siendo alrededor de un total de 3.5 millones de personas afectadas, entre enfermos, cuidadores y familiares. Se estima que estas cifras continúen su aumento en los próximos años. <sup>(5)</sup> <sup>(6)</sup>

Así pues, la EA es una enfermedad degenerativa que afecta a las neuronas, y deriva en un deterioro progresivo de las capacidades cognitivas de la memoria, originando un comportamiento alterado y una pérdida de autonomía e independencia en la ejecución de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, lo que obliga a la familia a ayudar y a realizar las actividades del enfermo. Un hecho que les supone nuevos e importantes cambios en su rutina social y económica. <sup>(7)</sup> <sup>(8)</sup>

La familia tiene que afrontar el impacto afectivo de la nueva situación, convivir no sólo con el enfermo sino también con su enfermedad, y la necesidad de prestarle todos aquellos cuidados que el enfermo de Alzheimer antes realizaba de forma autónoma. El factor dependiente que genera la EA, exige tener a una persona en concreto, que asuma esta responsabilidad: el cuidador, modificando por completo la dinámica de su vida. ¿Cómo abordar las necesidades que precisan estos emisores de los cuidados?, ¿Cómo ofrecerles apoyo desde el punto de vista profesional? Son preguntas que con frecuencia quedan en un segundo plano, al centrar la máxima atención en la víctima directa del Alzheimer: el enfermo. <sup>(9)(10)</sup>

La acción del cuidador no está libre de repercusiones para su bienestar, por lo que existe elevado riesgo de que éste se convierta en un enfermo secundario. Los profesionales sanitarios han de tener en cuenta que los destinatarios de la actividad no son únicamente los enfermos, sino los cuidadores y los enfermos de forma conjunta. La profesión de enfermería, como miembro del sistema de salud, ha de actuar con rapidez ante esta problemática, para así detectar y planificar la forma en que debe dirigirse la atención. <sup>(11)</sup>

Por ello, el objetivo principal de este trabajo, es: **Relacionar la calidad de vida del cuidador principal con la calidad de vida del enfermo**, mediante una reflexión de carácter científico, acerca de las intervenciones enfermeras en el auxilio del cuidador, según los aspectos que resultan importantes para la calidad de vida de esta población.

Como **objetivos secundarios** se abordaran temas como:

- Definir los tipos de cuidadores de personas con EA y las repercusiones que conlleva la tarea del cuidar, así como las posibles alteraciones que estos pueden presentar.
- Aportar herramientas de apoyo al cuidador y pautas para la elección de habilidades prácticas en su función, desde el punto de vista de Enfermería.
- Mostrar la Atención Primaria como un elemento clave en la detección precoz de la enfermedad demente, y escenario principal para el seguimiento continuo de los cuidados de forma íntegra y global de enfermos y cuidadores.

## **3. METODOLOGÍA**

---

Para alcanzar los objetivos que se plantean, se realizó una búsqueda sistemática “on line” a través de: Bases de datos de la salud (PubMed, Medline Plus), portales de la salud (Dialnet, Scielo) y Bibliotecas Virtuales (Biblioteca Virtual de Salud, Elsevier). Así como del buscador Google académico.

Se consultaron artículos publicados en revistas científicas electrónicas, tesis doctorales y trabajos de fin de grado. También se utilizaron guías proporcionadas desde Atención Primaria.

Se han seleccionado un total de 28 artículos en castellano de los últimos años, utilizando como límite de la búsqueda hasta el año 2004, se llevó a cabo una lectura crítica de los mismos.

## **4. DESARROLLO DEL TRABAJO**

---

### **4.1 LA ENFERMEDAD**

Para abordar los objetivos propuestos en este trabajo, es necesario contextualizar y definir los rasgos característicos de la E.A.

La aparición de enfermos de Alzheimer en nuestro país es de aproximadamente 150.000 pacientes por año. Por su parte, el índice de afectados se dobla cada cinco años, a partir de los 65, por lo que todo indica que la edad, es el principal factor de riesgo para padecerla, siendo más característica en las mujeres, por la mayor longevidad de estas.  
(1) (12)

Algunos autores insisten en que hacer trabajar a la mente es una forma de protegerla frente a afecciones mentales como las demencias, pero hasta ahora, la ciencia dice que la EA no se puede prevenir, es progresiva e irreversible y su síntoma más temprano y alarmante es el olvido. El proceso de la enfermedad difiere de una persona a otra, pero sus características iniciales, pueden atribuirse a la edad. (13) (14)

Diferencias entre una persona de edad avanzada y un enfermo con EA:

<b>Persona de edad avanzada</b> <sup>(13)</sup>	<b>Enfermo de alzhéimer</b> <sup>(13)</sup>
Olvida datos difusos de una situación	Olvida situaciones por completo
Con frecuencia, recuerda más tarde	No recuerda aunque pase el tiempo
Generalmente es capaz de seguir indicaciones	No puede seguir indicaciones.
Con dificultad, se puede cuidar el mismo	Imposible cuidar de sí mismo.

Alois Alzheimer la enuncia por primera vez en 1907, de aquí su nombre. Actualmente, se desconoce la causa exacta de esta enfermedad y la manera en que se producen las lesiones en el cerebro, pero sí es cierto que estas afectaciones comienzan diez o veinte años previos a que la enfermedad se evidencie externamente. Según la edad de inicio y la forma en la que aparecen los síntomas, se dan dos tipos de Alzheimer: <sup>(13)(16)</sup>

- **Presenil:** Se da antes de los 65 años, avanza más rápido. Se asocia a factores hereditarios. Poco frecuente (1%).
- **Senil:** Se da después de los 65 años, progresa lentamente. Surge de forma espontánea. Es la más común (98%).

Patológicamente, el cerebro se atrofia y exhibe unas masas anormales, llamadas placas amiloideas, y unos agrupamientos fibrilares retorcidos, denominados ovillos o nudos neurofibrilares. En la clínica, la EA se divide en tres fases y a medida que estas avanzan, el deterioro va disminuyendo la autonomía de la persona, por lo que la ayuda que precisan estos pacientes cada vez es mayor, siendo total en la última etapa. En el anexo 3, se esquematiza la forma en la que se van perdiendo las facultades. <sup>(15)(17)</sup>

La única manera de confirmar un diagnóstico de EA, es mediante un examen de tejido de cerebro, que se obtiene cuando el paciente muere. Hasta entonces, lo correcto es denominarlo: probable diagnóstico. Para ello, es preciso realizar una evaluación física, psíquica y neurológica. <sup>(19)</sup>

El objetivo del tratamiento es paliativo, controlar en lo posible los síntomas y retrasar el avance de la enfermedad, para ello se utilizan medidas farmacológicas y no farmacológicas. A día de hoy, el tratamiento como fin curativo es inexistente. <sup>(18)</sup>

La duración varía dependiendo de las personas. Según los profesionales, en los jóvenes la enfermedad avanza más rápidamente. El tiempo de vida, dependiendo de la edad que tenga la persona, puede ser de 3 a 5 años, hasta 8 ó 10 años como un promedio máximo. Sin embargo se dan casos de sobrevivir hasta 20 años. <sup>(20) (21)</sup>

## **4.2 EL CUIDADOR**

El Alzheimer afecta no solo al enfermo, sino también a su entorno. La presencia de un cuidador es vital cuando la demencia incapacita a la persona y ya no puede cuidarse por sí mismo.

En una familia, se altera la dinámica de ésta, provocando una situación de descontrol con múltiples comportamientos por parte de los miembros, dando lugar a varias posiciones:

- **Víctima:** La persona se queja de su salud constantemente, las visitas al médico son frecuentes. Asume la enfermedad de su familiar como un castigo personal y se siente ignorada por el resto de la familia por la nueva situación. <sup>(10) (22)</sup>

- **Favorecedor de patologías:** Su afán de protagonismo se visualiza en todos los aspectos, pues refiere saber más que el resto y como él/ella nadie lo hace igual. Se opone a todo lo relacionado con su familiar, si difiere de su criterio. <sup>(10) (22)</sup>

- **Escapado:** La persona vive lejos del familiar, disculpándose así, para no hacerse cargo del enfermo. <sup>(10) (22)</sup>

- **Cuidador principal:** Es la persona que asume la responsabilidad de la asistencia. La familia lo ve como único sujeto encargado de prestar cuidados, por tanto, todas las decisiones que tome, van a ser cuestionadas por el resto. Va, a dedicarse por completo a su familiar, generalmente hasta el final de los días o la institucionalización, de este. Existen dos tipos de cuidadores principales: <sup>(22) (24)</sup>

- **Cuidador principal tradicional o clásico.** Se trata de la persona que más ha convivido con el enfermo y la que más lo conoce, habitualmente el cónyuge, de edad avanzada, también. La unión de afecto entre ambos, es lo que mayormente le impulsa a ser la persona idónea para tal fin. Algunos estudios indican que los rasgos más característicos que definen este tipo de cuidador principal, es el de una mujer entre 50-70 años, madre y ama de casa, con estudios primarios, que dedica muchas horas del día al cuidado. Otras veces, la pareja presenta una edad mucho más elevada (>80 años) cuya salud está deteriorada y por sus cuestiones ideológicas no admite nuevos cambios.<sup>(20)</sup>

El cuidador principal tradicional suele ser el más habitual entre la mayoría de los cuidadores de personas con EA.

- **Cuidador principal en la sociedad actual.** La enfermedad implica una relación de cuidador – enfermo forzada por la situación. Este cuidador suele compaginar su actividad de ayudar con su trabajo remunerado. El perfil del cuidador principal en la sociedad moderna es más joven que el anterior. Se trata de un/a hijo/a, una nuera, o los nietos.<sup>(20)</sup>

Así pues, el cuidador es un elemento imprescindible para el enfermo, pues él hace posible la continuidad de la vida de éste. Potencia las capacidades y funciones todavía conservadas y suple las ya inhibidas. Generalmente, cuando se habla del cuidador principal, es referido al cuidador principal informal, definiéndose éste como, una persona del entorno social del enfermo, sin retribución económica, y sin límite de tiempo en la tarea del cuidado.<sup>(22)(23)</sup>

### **4.3 CUIDADOR INFORMAL**

El alto nivel de demanda sanitaria que requiere la EA es elevadamente desproporcional a los recursos disponibles. Algunos estudios han establecido el coste anual que supondría asistir a una persona dependiente por parte de un profesional remunerado, según patrones informales. Es decir, otorgar una cifra económica al tiempo dedicado para el cuidado. Los gastos superarían los 20.000 euros, una cantidad inviable para muchas familias, además, se evidencia que la permanencia del enfermo en sus hogares otorga una mejor calidad de vida a la persona dependiente. Esta situación contribuye a

que entre el 70 y el 80% de los pacientes residan en su domicilio y sean atendidos por los cuidadores principales informales. <sup>(22)</sup> (En adelante, cuando se cite la palabra cuidador, será referido a la figura del cuidador principal informal)

Al igual que el resto de los ciudadanos, estos responsables del cuidado tienen sus obligaciones y propósitos personales, que se ven interrumpidos por la nueva situación, de forma que han de llevar paralelamente, la asistencia del enfermo y su propia vida. Lo que repercute en varios ámbitos de la vida: <sup>(23)</sup> <sup>(25)</sup>

<b>LABORAL</b>	Desencadena conflictos con los compañeros, reducción de jornada e incluso el abandono laboral.
<b>ECONÓMICO</b>	Los ingresos disminuyen y los gastos se ven aumentados.
<b>PERSONAL</b>	Emplea poco tiempo para su propio cuidado, originando alteraciones físicas y psicológicas.
<b>SOCIAL</b>	Dispone de un tiempo reducido o tal vez nada para el ocio y las relaciones con los demás.
<b>LEGAL</b>	La tutela puede acarrear problemas secundarios con la pareja y con el resto de la familia.

Algunos profesionales establecen que el cuidador principal no es consciente del nuevo papel que ha asumido, ni el grado de repercusión que va a tener en él, debido a la ignorancia general que sigue habiendo, sobre la enfermedad de Alzheimer <sup>(23)</sup>.

## 4.4 SÍNDROME DEL CUIDADOR PRINCIPAL

El trabajo del cuidador principal requiere un gran esfuerzo, conlleva mucho tiempo, es duro y muy difícil. Emplean poco tiempo en descansar y en dormir, propiciando un deterioro de su salud física, psicológica y social. Al conjunto de alteraciones consecuentes de este deterioro se les denomina **Síndrome del cuidador principal**.<sup>(23)</sup>

- **Alteraciones físicas:** El esfuerzo físico que emplea el cuidador con su enfermo, ocasiona alteraciones músculo – esqueléticas importantes. La astenia y la fatiga son muy frecuentes. El sistema inmunológico se altera, por lo que los síndromes víricos o dermatológicos surgen a menudo. Las patologías gastrointestinales son normales en estas personas.<sup>(23)(25)</sup>
- **Alteraciones psicológicas:** El progreso de la enfermedad va modificando la personalidad del enfermo de Alzheimer, hasta llegar a ser una persona totalmente diferente; lo que provoca una gran tristeza y pesimismo en el cuidador. Además la presencia del insomnio los agota y los intranquiliza. Todos estos factores hacen que carezcan de fuerzas, presenten ansiedad, estrés, depresión y abusen de los fármacos. Hay estudios que apuntan que las conductas negativas, tales como agitación, vagabundeo o violencia que adoptan los enfermos, son las situaciones que más alteran el factor psicológico del sujeto portador de los cuidados.<sup>(23)(25)</sup>
- **Alteraciones socio – familiares:** El cuidador dispone de menos tiempo para el ocio y las relaciones personales. La tensión se ve aumentada con la pareja y con el resto de la familia por temas de gastos, responsabilidades y/o toma de decisiones, que hacen que el C.P se sienta cada vez más solo y adquiera sentimientos de culpa.<sup>(23)(25)</sup>

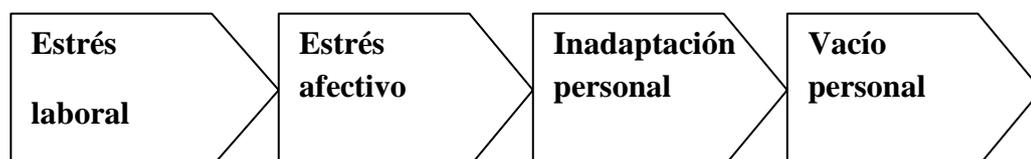
La tarea del cuidado se asocia más a consecuencias perjudiciales para las personas que la realizan, pero no todos perciben el cuidar como un aspecto negativo. Diversos estudios exponen que se poseen ciertas características capaces de causar satisfacción: Ser cuidador por decisión propia, tener buena relación afectiva con el familiar y/o utilizar la religión como forma de sobrellevar la enfermedad. Otros hallazgos afirman que los cuidadores que manifiestan más sentimientos positivos reflejan menores índices de depresión y sobrecarga. <sup>(22)</sup>

## 4.5 SOBRECARGA DEL CUIDADOR. “CUIDADOR QUEMADO”

El cuidar a una persona en situación de dependencia la mayor parte del tiempo durante los 365 días del año, genera un elevado estrés emocional y duradero, que implica una respuesta defensiva por parte de la persona cuidadora, cuya manifestación principal es el agotamiento, tanto físico como psicológico. Esta respuesta es lo que se conoce como sobrecarga <sup>(25)</sup>.

El **síndrome del cuidador quemado (burnout)** es un aumento de esta sobrecarga hasta el límite de ser insana la relación cuidador – paciente. Depende de varios aspectos: el grado de afectación y la duración de la enfermedad, las características personales del cuidador y su vínculo con el enfermo, el apoyo por parte de la familia y los recursos que reciban de las instituciones socio-sanitarias <sup>(25) (27)</sup>

La persona que sufre el síndrome del cuidador quemado, pasa por las siguientes fases: <sup>(13)</sup>



- **Estrés laboral:** Primera fase. El cuidador intenta mostrar que puede con todo lo que necesita su familiar, sólo y sin ayuda. Pero sin ser consciente, el agotamiento físico lo va debilitando, repercutiendo en la calidad del cuidado de su enfermo. <sup>(25)</sup>

- **Estrés afectivo:** Segunda fase. Comienza a tener sensaciones de soledad, de incomprensión y poca aprobación por la familia. <sup>(25)</sup>
- **Inadecuación personal:** Tercera fase. Las repercusiones físicas, psicológicas y sociales aparecen por la gran desmedida del cuidado y la poca colaboración de los demás. <sup>(25)</sup>
- **Vacío personal:** Última fase. El enfermo muere o es institucionalizado. Desaparece la tarea como cuidador que ha venido realizando durante mucho tiempo. Brotan los sentimientos de dolor y de soledad ante el gran vacío que el familiar ha llevado consigo. <sup>(25)</sup>

## **4.6 CÓMO CUIDAR DEL CUIDADOR**

El cuidador debe sentirse respaldado social y sanitariamente. Es fundamental que cuente con una asistencia sanitaria cercana y dispuesta, que le garantice prontas soluciones ante las inquietudes que le surjan, en la obtención de recursos y en el acceso al material específico para llevar a cabo los cuidados (material de soporte, absorbentes, apósitos...). No se debe olvidar, facilitar información sobre todos los recursos y soportes de ayuda del momento. <sup>(25)</sup>

Los medios de refuerzo de los que dispone un cuidador, son los denominados servicios de respiro. Tienen la finalidad de aliviarlo de la responsabilidad del cuidado, dándole márgenes para que goce de tiempo para él y pueda atender otras actividades. <sup>(24)(26)</sup>

Hay estudios que demuestran que los programas de formación y apoyo al cuidador, contribuyen a paliar el estado de estrés con el que cargan, y a su vez se retrasa la institucionalización del paciente. <sup>(24)(26)</sup>

Los servicios de respiro que contribuyen a paliar la carga de estas personas son de tres tipos:

- **Ayuda a domicilio:** consiste en la ayuda externa recibida diariamente para la asistencia de la persona receptora del cuidado, en las tareas del hogar o el cuidado físico. En ese tiempo el cuidador puede ausentarse. <sup>(24)</sup>

- Centro de día: lugares habilitados para la supervisión social y sanitaria del enfermo, en el día. Así el cuidador cuenta con tiempo para el despeje. <sup>(24)</sup>
- Aliento residencial o nocturno: se connota a estructuras de ingreso: centros y residencias para el paciente, en base al tiempo requerido por el cuidador. <sup>(24)</sup>

Las asociaciones son un recurso de respiro muy beneficioso para el cuidador, pues el hecho de compartir opiniones y conciliar soluciones conjuntas, alivia en gran medida el estado de estrés y malestar. <sup>(24)</sup> En el anexo 4 se citan las dos grandes asociaciones para familiares de enfermos con Alzheimer y como contactar con ellas.

Todo lo que beneficie al cuidador en su tarea, repercutirá en la buena calidad de vida del enfermo

## **4.7 CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL CUIDADOR Y CALIDAD DE VIDA**

El cuidador de un enfermo con Alzheimer relaciona la calidad de vida con aspectos como: El buen cuidado, el funcionamiento físico correcto, el estado económico, el apoyo social, las cargas, el tiempo de cuidado y/o el valor, conceptos subjetivos sobre su estado físico, psicológico y social, de acuerdo con la situación del momento. <sup>(24)</sup>

Teniendo en cuenta los aspectos subjetivos y objetivos de la calidad de vida de los cuidadores, y las características definatorias de la EA, el trabajo de la Enfermería se centra en cuatro áreas fundamentales: <sup>(24)</sup>

- **Información y educación sobre la EA:** Es importante que el enfermero informe al cuidador acerca de la enfermedad, qué es, en qué consiste, las fases de las que consta, el tratamiento paliativo y lo que supondrá esto para su enfermo y para él. Una información precisa y clara hace que se eviten falsas esperanzas, le permita adelantarse y actuar ante los próximos síntomas y situaciones, buscar la ayuda oportuna, y estar más colaborador con los profesionales. <sup>(24)(26)</sup>

- **Cuidado del enfermo:** El enfermero le ha de pautar la mejor forma para ayudar en las actividades básicas de la vida diaria, consejos para mantener la seguridad en la casa, criterios de afrontación ante los comportamientos que tome su familiar y a convivir con el carente reconocimiento que siente por parte de la familia y del propio enfermo. <sup>(24)</sup> <sup>(26)</sup>

A continuación, se exponen algunos consejos que como enfermeros, podemos ofrecer al cuidador, para facilitar la tarea del cuidar: <sup>(25)</sup>

<p><b>Higiene personal:</b></p> <p>El baño ha de ser una actividad placentera, cuidar la temperatura del agua.</p> <p>Proporcionar autonomía para lavarse, peinarse o afeitarse, mediante explicaciones sencillas</p> <p>Secar completamente pliegues y espacios entre dedos.</p>	<p><b>Nutrición:</b></p> <p>Mantener horarios y lugar de las comidas.</p> <p>El ambiente debe ser tranquilo para evitar distracciones (no TV, radio).</p> <p>No obligarlo a comer. Triturar las comidas, sí se precisa</p>
<p><b>Entorno:</b></p> <p>Señalizar cada habitación con un dibujo relacionado.</p> <p>Acondicionar el espacio: Cerrar bajo llave los sitios peligrosos. Colocar cerrojos o verjas en las ventanas.</p> <p>Asegurarse que la puerta principal está bien cerrada</p>	<p><b>Autonomía:</b></p> <p>Dejar que realicen las actividades que puedan por sí mismos.</p> <p>Utilizar calzado cómodo y cerrado.</p> <p>Respetar su intimidad.</p> <p>No agobiarles ni meterles prisa en las tareas que puedan realizar</p>

Si su enfermo presenta **Incontinencia urinaria o estreñimiento:**

Establecer horarios de micción para acudir al baño. Utilizar ropa cómoda.

Dar alimentos ricos en fibra y forzarles a beber líquidos.

Si su enfermo experimenta **cambios de comportamiento, vagabundeos:**

Nunca gritarles ni reñirles.

Acondicionar el entorno: Cerraduras y sistemas de seguridad.

Utilizar pulseras de identificación.

Consultar al médico.

Si su familiar sufre de **alucinaciones, delirios:**

No negárselos, para él es algo real.

Tranquilizarlo, utilizando tono suave y dándole confianza.

Distraerlo con algo que le guste.

Consultar al médico

Si su familiar tiene problemas para **conciliar el sueño:**

Organizar actividad física en el día.

Evitar siestas mayores a 30 minutos.

Propiciar horarios para irse a dormir.

Para una buena **comunicación:**

Emplear frases escuetas y sencillas, despacio y mirar a los ojos.

Llamarlo siempre por su nombre.

Utilizar el lenguaje no verbal

- **Disponibilidad de recursos:** Se le debe facilitar la información oportuna sobre los recursos sociales. Hay que insistirles en qué no deben alejarse del enfermo por completo, y deben seguir preocupándose por su estado. Recalcarles también, que el personal de enfermería está con él en todas las decisiones y mostrarse dispuesto cuando nos necesiten. En el anexo 5 se exponen recursos de apoyo útiles para los cuidadores. <sup>(25)</sup>

- **Auto-cuidado:** El nuevo rol de la persona cuidadora debe ser reconocido y potenciado por el profesional de enfermería. El cuidador debe saber que tanto su enfermo como él, son esenciales para el abordaje del cuidado. Se les debe ser sinceros y no omitir información acerca de la enfermedad, pues ésta, cada día demanda más ayuda por su parte, siendo imprescindible para ello la organización de su vida. El enfermero debe ayudarle a reconocer sus síntomas de debilidad, sus necesidades, y proporcionarle estrategias para la disminución de la sobrecarga, como enseñarle las posturas correctas para desplazar a su enfermo, o proporcionarle datos de contacto con otros servicios, por ejemplo. <sup>(25)</sup>

Los buenos hábitos en nutrición, el descanso, el ejercicio físico, disfrutar de sus pocos momentos de ocio y la visita al médico, son los mejores consejos que se le pueden dar para el cuidado de su salud. Debemos otorgar gran importancia en que el cuidado también se delegue en otras personas, con el fin de no sobreesaturarse. Es importante hacerle saber que la comunicación no verbal, como una sonrisa, o agarrar la mano, es esencial para hacerle sentir seguro y evitarle sentimientos de soledad a su familiar. Se le debe indicar también, que comparta actividades con su enfermo: oír música, ver fotos o pasear. <sup>(25)</sup>

Atender al cuidador en la etapa de duelo, es esencial. Debemos insistirle en la buena labor que hizo con su familiar, recalcándole su propia valía. Aconsejarle que retome el contacto con los suyos si lo perdió, y retome su lejana y olvidada vida. <sup>(25)</sup>

## **4.8 AGENTE CLAVE: ATENCIÓN PRIMARIA**

El Alzheimer no es un problema aislado que afecta únicamente al enfermo, como se ha recalcado en apartados anteriores, es una patología familiar y comunitaria, de aquí que los Equipos de Atención Primaria sean el primer nivel de atención sanitaria y adquieran una función primordial en el seguimiento de la enfermedad. Estos equipos están integrados por el médico de familia, el enfermero y el trabajador social. <sup>(26)</sup>

Dada su cercanía con los pacientes, estos profesionales pueden detectar precozmente los casos de deterioro cognitivo y las diferentes alteraciones que padecen los cuidadores. Aún así, la implicación de la Atención Primaria está lejos de ser calificada como óptima, pues la presión asistencial, las dificultades de coordinación con otros niveles y otros obstáculos impiden el buen funcionamiento de los equipos. <sup>(26)(28)</sup>

La atención se realiza en los Centros de Salud, en el domicilio y en las instituciones residenciales. <sup>(26)</sup>

Para el abordaje de la EA, los Equipos de Atención Primaria llevan a cabo los siguientes propósitos:

- **Prevención.** Como ya se ha mencionado, la EA no tiene prevención, pero si se pueden controlar las variables que pueden agravar la situación de los enfermos: las enfermedades propias de las personas mayores, siendo el colesterol, la hipertensión y la diabetes las más frecuentes. <sup>(26)</sup>

El fomento de los hábitos saludables y el control de los factores de riesgo en los cuidadores, sí son objetivos de prevención.

- **Diagnóstico.** En el enfermo, es necesario realizar un cribado del déficit cognitivo, a través de test o escalas, el más utilizado para la población española es el test **MMSE o Mini – Mental de Lobo**. (Anexo 6) Además, es preciso una anamnesis completa sobre los antecedentes familiares y personales, una exploración física, neurológica, peticiones de pruebas complementarias y la derivación a otros servicios. <sup>(26)</sup>

En el cuidador, detectar la sobrecarga es el primer paso e imprescindible para poder intervenir posteriormente de forma eficaz. La herramienta que los Equipos de Atención primaria emplean para su detección, es la **escala de sobrecarga del cuidador de Zarit**. (Anexo 7). <sup>(26)</sup>

- **Tratamiento.** La función que adquieren los equipos de Atención Primaria con este objetivo, es fundamentalmente, el control de la medicación y sus efectos, pautados en los siguientes niveles (Atención Especializada). <sup>(26)</sup>

El tratamiento que pueda precisar el cuidador, no es tan específico como el del enfermo, por lo que Atención Primaria puede someterle a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos sin necesidad de derivarlo a otros servicios.<sup>(26)</sup>

- **Seguimiento.** La valoración de los equipos de Atención Primaria, tienen como objeto al enfermo y al cuidador de forma paralela. Se encarga del control de la evolución del enfermo y de la valoración de las alteraciones del cuidador, mediante planes multidisciplinar diseñados específicamente para él.<sup>(26)</sup>

**El papel del enfermero en AP:** Sus cuidados forman parte del equipo multidisciplinar de la Atención Primaria. Interactúa con el médico y con los servicios sociales para programar y controlar planes de cuidados individualizados. En muchas ocasiones, por su cercanía con los pacientes, es el primer profesional en sospechar la alteración mental y el mismo se lo pone en conocimiento al médico. Proporciona información en la adquisición de habilidades prácticas para los cuidadores, familiares y el propio paciente. Programa citas para seguir una evaluación más precisa del paciente y del cuidador. Ofrece apoyo psicológico a la familia y realiza las técnicas propias de enfermería<sup>(26)</sup>

Atención Primaria ha diseñado un Plan global para las personas afectadas por demencia, que contiene los siguientes programas:<sup>(26)</sup>

- Un registro de visitas con el médico, de al menos tres visitas anuales y más frecuentes con la enfermera.
- Un control del tratamiento farmacológico y no farmacológico y las modificaciones que se hagan de los mismos.
- Un seguimiento del plan de cuidados del cuidador principal, detectando riesgos e introduciéndolo en el Servicio de Atención al Cuidador Familiar de Atención Primaria. La valoración y seguimiento del enfermo, se incluye en el Servicio de Atención con demencia.

- La información dada a la familia sobre el diagnóstico, las pautas a seguir, los recursos y ayudas sociales y cuestiones médico- legal disponible, así como las actividades que pueden realizar para conservar la autonomía del paciente y frenar, en lo posible, la progresión de la enfermedad.
- Se deben reflejar las consultas derivadas a Atención especializada.

En Castilla y León existe una tarjeta sanitaria específica para cuidadores: “**Tarjeta Te cuido**” que les sirve de apoyo y agiliza demandas sanitarias. Una nueva prestación que ofrece la cartera de servicios de Atención Primaria de las áreas de salud de nuestra comunidad. (Anexo 8) <sup>(27)</sup>

## 5. CONCLUSIONES

---

Al tratarse de una revisión bibliográfica no podemos confirmar el objetivo principal: **relacionar la calidad de vida del cuidador principal con la calidad de vida del enfermo**, a través de datos reales / cuantitativos, pero teniendo en cuenta la literatura que se ha revisado para la realización de este trabajo, todo parece indicar, que cuanto mejor estado de salud tenga el emisor de cuidados, mejores condiciones presentará el enfermo.

Se añaden además:

- Los cuidadores de los enfermos de Alzheimer pueden llegar a convertirse en enfermos secundarios. Por ello, una atención de calidad no tiene como marco referente la “demencia que sufre la persona” si no la “**persona** que sufre la demencia junto a sus **cuidadores y familiares**.”
- Una información completa desde el principio de la enfermedad puede ayudar a que el cuidador se organice mejor, prever posibles situaciones y actuar ante ello.

- Un asesoramiento y seguimiento periódico elimina, o en su defecto, aminora el estado de estrés que un cuidador de enfermo de Alzheimer sufre, retrasando la institucionalización, evitando así, problemas socio – económicos y patentando aspectos saludables para los enfermos.
- El trabajo de cuidador es compromiso, es tiempo y es paciencia, que solicita habilidades concretas en la realización de las actividades de la vida diaria con el familiar. Sin embargo, la salud de los cuidadores puede quebrantarse debido al nuevo estilo de vida como consecuencia del elevado tiempo que se emplea, el estrés percibido y en mayor medida, el deterioro progresivo de su familiar.
- El abordaje que realiza la profesión de enfermería sobre la calidad de vida de los cuidadores de enfermos de Alzheimer, debe contemplar aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Refiriéndose estos últimos, a las condiciones que presentan estas personas según datos provenientes de los indicadores sociales y/o epidemiológicos.
- La Atención Primaria, resulta ser esencial para la detección de la enfermedad y las posibles alteraciones padecidas por el cuidador, pues contiene programas específicos, para ambos, recogidos en la cartera de servicio. Por tanto, tienen como función detectar los problemas de ambos en conjunto, programar planes de cuidados y supervisar su ejecución.
- El cuidador ha de ser respaldado social y sanitariamente.
- Los problemas asociados a la sobrecarga, la gran cantidad de tiempo de cuidados informales, y el valor económico del tiempo que se dedica, conllevan cifras numéricas excesivamente altas para el presupuesto estatal, por lo que la función de los no profesionales en el aporte de cuidados informales es de vital importancia para los mayores en situación de dependencia.

- El apoyo recibido por el entorno de los cuidadores y resto de instituciones requeridas, repercute en una disminución en la agudeza de las alteraciones de los cuidadores, brindando un mejor aporte de cuidados y por tanto una mejor calidad de vida de los enfermos.
- La profesión de la Enfermería como miembro en políticas de salud, debe fomentar la asistencia integral paciente – cuidador, colaborar en el diagnóstico, continuar en la investigación y sensibilizar a las demás instituciones para solicitar más y mejores ayudas.
- Es imprescindible la formación continua de los profesionales que manejan las enfermedades dementes, particularmente el Alzheimer, como entidad más representativa de las mismas. Pues son la principal fuente de información para los cuidadores y los familiares y aún así, el grado de desconocimiento que tienen actualmente sobre la enfermedad, es muy elevado. <sup>(28)</sup>

## **6. BIBLIOGRAFÍA**

---

<sup>1)</sup> Instituto Nacional de Estadística. Proyección de la Población de España 2014 – 2064 [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2014 [consultado 24 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>

<sup>2)</sup> Instituto de Mujeres y Servicios Sociales. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos, Estatales y por Comunidad Autónoma: Informe 2014. [Internet]. Madrid: Instituto de Mujeres y Servicios Sociales; 2015 [consultado 24 de abril de 2016]; 22029. Disponible en: [http://www.imsero.es/imsero\\_01/documentacion/estadisticas/informe\\_ppmm/index.htm](http://www.imsero.es/imsero_01/documentacion/estadisticas/informe_ppmm/index.htm)

<sup>3)</sup> Álvarez G.J; Macías J.F. Dependencia en Geriátría. 1ªed. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca; 2009.

- 4) Vargas L.M. Aporte de Enfermería a la Calidad de Vida del Cuidador Familiar del Paciente con Alzheimer. *Aquichán* (Bogotá) 2012; 12 (1): 62 – 76.
- 5) Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa: Demencias. [Internet]; 2016 [consultado 24 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- 6) Duran A. Una historia de tres tú, yo, y el Alzheimer. 1ª ed: febrero 2012. Madrid: Cultiva Libros S.L; 2014.
- 7) Alzheimer's Disease International. Informe Mundial sobre el Alzheimer 2015. [Internet]. Londres: Alzheimer's Disease International; 2015 [consultado 24 de abril de 2016]. Disponible en: <https://ascadacr.wordpress.com/2015/08/27/informe-mundial-sobre-el-alzheimer-2015-adi/>
- 8) Peón M.J. Atención de enfermería hacia el cuidador principal del paciente con enfermedad de Alzheimer. Prevención y cuidados en el “síndrome del cuidador”. *Enfermería científica* (España) 2004; 264 – 265: 16 – 22.
- 9) Hidalgo A. Trabajo Social con Enfermos de Alzheimer y sus familiares. Reflexiones y Sugerencias. Martínez M, editor. La Coruña: Netbiblo; 2010.
- 10) González R. El extraño caso del Dr. Alzheimer (del olvido a la demencia). 1ª ed: mayo 2013; 2013.
- 11) Román M.M; Alcántara V; Morientes M.T; De Laza N; Coproex. Manual del Cuidador de Enfermos de Alzheimer. 1ª ed: abril 2005. Sevilla: Mad S.L; 2015.
- 12) Millán J.C; Maseda A; Balo A; González- Abrales I. Cuidar y acompañar a la persona con Demencia. 7ªed. Buenos Aires; Madrid [etc]: Editorial Médica Panamericana D.L; 2010.

- <sup>13)</sup> Frades B; Frank A; Gangoiti L; Genua M.I; González M.I; Hueros A; et al. Estado del arte de la enfermedad de Alzheimer en España. Madrid: Editorial Pwc; 2013.
- <sup>14)</sup> Rodríguez D. Enfermedad de Alzheimer. Neurología Caso a Caso. 12<sup>a</sup> ed. Buenos Aires; Madrid [etc]. Editorial Médica Panamericana D.L; 2010.
- <sup>15)</sup> García J.C, editor. Neuroprotección en enfermedades neuro y heredo degenerativas. 1<sup>a</sup> ed. Ocuia Publisher S.L; 2014.
- <sup>16)</sup> Martínez A. ¿Qué sabemos de? El Alzheimer. Madrid: CSIC; Los libros de la Catarata; 2009.
- <sup>17)</sup> Slachevsky A; Fuentes P; Javet L; Alegría P. Alzheimer y otras Demencias. 1<sup>a</sup> ed: mayo 2009. Navarra: editorial Txalaparta; 2009.
- <sup>18)</sup> Richard S. Tratamiento y Prevención del Alzheimer. 1<sup>a</sup>ed. Miami: Education Consultants; 2011.
- <sup>19)</sup> Villar M. Demencia: diagnóstico, prevención y tratamiento. Jaén: Tuca Publishing S.L; 2008.
- <sup>20)</sup> González M; Matiussi M; Sarasola D; Schapiro M; Seinhart D; Cámara L. Manual para familiares y cuidadores con personas con Alzheimer y otras demencias. Consejos para mejorar la calidad de vida. 1<sup>a</sup>ed: abril 2013. Barcelona: Nuevos Emprendimientos Editoriales S.L; 2013.
- <sup>21)</sup> Alberich T; Barranco A; Funes E; Espadas A; Melén O. Intervención Social y Sanitaria con Mayores. Manual para el trabajo con la 3<sup>a</sup> y 4<sup>a</sup> edad. Madrid: Dykinson S.L; 2008.
- <sup>22)</sup> Moreno A. Repercusión de la enfermedad de Alzheimer en el núcleo familiar. Psicología Científica (Toledo) 2008; 10 (26).
- <sup>23)</sup> Bielsa M.L. La enfermedad de Alzheimer y el cuidador principal. Nuberos Científica (Cantabria) 2013; 2 (10).

<sup>24)</sup> Selemes J. Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer en España. [Internet] [consultado 25 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.ceafa.es/es/asociaciones-alzheimer>

<sup>25)</sup> Ferré C; Rodero V; Cid D; Vives C; Aparicio R.M. Guía de cuidadores de enfermería: Cuidar al cuidador en Atención Primaria. 1ªed: septiembre 2011. Tarragona; 2011.

<sup>26)</sup> Arrieta E; Fernández L; González V; Goñi M; Guerrero M.T; López P; et al. Guía de Atención al paciente con Demencia en Atención Primaria [Internet]. Valladolid: Arrieta E; Fernández L; González V; Goñi M; Guerrero M.T; López P; et al; 2007 [consultado 20 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/castillayleon-guiademencia-01.pdf>.

<sup>27)</sup> Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. La tarjeta “Te Cuido” sirve para apoyar a los cuidadores de enfermos de Alzheimer y de otras demencias, en su relación con el sistema sanitario. [Internet] León: Junta de Castilla y León; 2010 [consultado 16 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/noticias-1/tarjeta-cuido-sirve-apoyar-cuidadores-enfermos-alzheimer-de>.

<sup>28)</sup> Martínez P; Brescané R; Tomé G. Know Alzheimer: Respuestas concretas a dudas reales. Manual de Consulta para cuidadores y familiares. [Internet] Barcelona: Martínez P; Brescané R; Tomé G; 2013 [consultado 15 de diciembre de 2015]. Disponible en: [www.knowalzheimer.com](http://www.knowalzheimer.com)

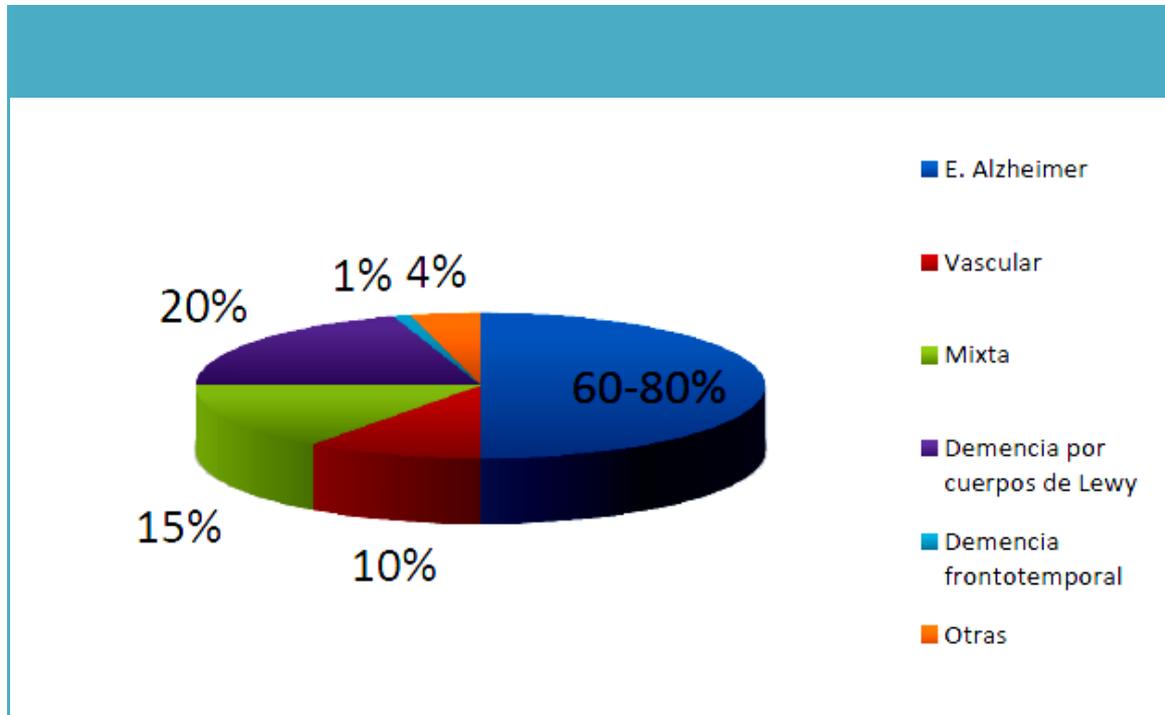
## 7. ANEXOS

### Anexo 1. Envejecimiento mundial <sup>(2)</sup>

	2013		
	POBLACIÓN TOTAL (millones)	POBLACIÓN > 65 AÑOS	
		(millions)	(porcentaje)
Mundo	7.162	570	8.0
<b>Países desarrollados</b>	<b>1253</b>	<b>210</b>	<b>16.8</b>
<b>Países no desarrollados</b>	<b>5909</b>	<b>373</b>	<b>6.3</b>
África	898	30	3.3
Asia	1.111	39	3.5
Europa	742	125	16.8
<b>España</b>	<b>46</b>	<b>8</b>	<b>18.2</b>
Latinoamérica y Caribe	617	45	7.3
América N.	355	50	14.1
Oceanía	38	4	8.1

(Cuanto más bajo es el número de habitantes de un territorio, mayor es el número de personas ancianas de dicho territorio).

**Anexo 2. Prevalencia de los distintos tipos de demencia <sup>(13)</sup>**



**Anexo 3. Características de las fases del Alzheimer.** <sup>(25)</sup>

	<b>1ª FASE</b>	<b>2ª FASE</b>	<b>3ª FASE</b>
<b>MEMORIA</b>	Olvida citas, nombre.... Dificultad para seguir conversaciones Descontrol con el dinero	No comprende situaciones nuevas. Se conserva la memoria remota.	La memoria es inexistente. No reconoce a sus familiares. La parte emocional sigue conservada.
<b>COMPORTAMIENTO</b>	Bruscos cambios de humor. Tiende a aislarse.	Acciones violentas, Agitación	El humor es imprevisible. Reacciones incongruentes.
<b>LENGUAJE Y COMPRENSIÓN</b>	Las ideas son incongruentes.	Enlentecimiento del habla	Balbucesos, palabras sin sentido. No comprende explicaciones.

	<b>1ª FASE</b>	<b>2ª FASE</b>	<b>3ª FASE</b>
<p><b>COORDINACIÓN MOTORA</b> *Actividades básicas de la vida diaria</p>	Realiza las ABVD* por él mismo	Gestos imprecisos. Las caídas son frecuentes. Precisa ayuda para realizar las ABVD	Disfagia y esfínteres incontrolados. Dependiente total para realizar las ABVD
<p><b>ACTIVIDADES COTIDIANAS</b> *Úlceras por presión</p>	Sin problemas	No sabe elegir. No puede conducir	Rigidez muscular y articular. Postrado en silla o en cama. Son frecuentes las U.P.P*

**Anexo 4. Asociaciones en España.** <sup>(24)</sup>

**ALZHEIMER ESPAÑA**

Pedro Muguruza 16C Madrid 28036

Teléfonos: 91 343 11 65 / 91 343 11 75; Fax: 91 359 54 50

Horario laborable: 9:00 a 18:00 horas del lunes al viernes

E-mail: [Alzh@yahoo.es](mailto:Alzh@yahoo.es). Página WEB: <http://alzheimer.rediris.es>

**CONFEDERACION ESPAÑOLA DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS**

Avenida Pio XII 37 Entreplanta Oficina 5

Pamplona 31008

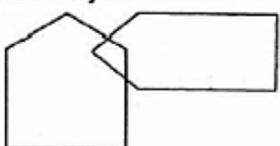
Teléfono: 948 17 45 17 / 948 17 79 07; Fax: 948 26 57 39

E-mail: [alzheimer@cin.es](mailto:alzheimer@cin.es). Pagina WEB: [www.ceafa.org](http://www.ceafa.org)

**Anexo 5. Recursos de intervención para los cuidadores.** <sup>(28)</sup>

<b>Prestaciones y otras ayudas.</b>	<p>Ley de dependencia.</p> <p>Prestación económica para cuidados dentro del entorno familiar.</p> <p>Pensiones no contributivas por invalidez.</p> <p>Certificado de reconocimiento de disminución.</p>
<b>Servicios y recursos domiciliarios.</b>	<p>Servicio de teleasistencia.</p> <p>Voluntariado.</p> <p>Cuidadores profesionales a tiempo parcial, completo o interinos.</p> <p>Adaptaciones y accesibilidad en el hogar.</p>
<b>Recursos externos.</b>	<p>Vacaciones terapéuticas para personas con demencia y sus familiares.</p> <p>Centros residenciales geriátricos / especializados en demencias.</p> <p>Programas de respiro.</p> <p>Centros de día / especializados en demencias.</p>
<b>Recursos de información y apoyo a la familia y cuidador</b>	<p>Asociaciones de afectados y familiares: AFAS</p> <p>Grupos de ayuda terapéutica.</p> <p>Formación de cuidadores. Cursos y talleres.</p> <p>Programas y servicios de respiro familiar.</p> <p>Asistencia telefónica a cuidadores. Cruz Roja u otros programas.</p> <p>Recursos dirigidos a los cuidadores a través de internet</p>

Anexo 6. Test MMSE o Mini – Mental. <sup>(25)</sup>

DATOS DEL USUARIO				
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	
			__/__/__	
MINI-MENTAL EXAMEN COGNITIVO				
ORIENTACIÓN			Real	Máx.
Dígame el día __ Fecha __ Mes ____ Estación ____ Año ____			.....	5
Dígame el Hospital __ Planta __ Ciudad __ Provincia __ País ____			.....	5
FIJACIÓN				
Repita estas tres palabras: Peseta-Caballo-Manzana (Repetirlas hasta que las aprenda y contar los intentos)			.....	3
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO				
Si tiene 30 pesetas, y me va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando?.			.....	5
Repita: 5-9-2 (hasta que los aprenda y contar los intentos). Ahora hacia atrás.			.....	3
MEMORIA				
¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?.			.....	3
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN				
Mostrar un bolígrafo, ¿qué es esto?. Repetir con el reloj.			.....	2
Repita esta frase: "En un trigal había cinco perros".			.....	1
Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?.				
¿Qué son el rojo y el verde?.			.....	1
¿Qué son un perro y un gato?.			.....	1
Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo/mesa.			.....	3
Lea esto y haga lo que dice: <b>CIERRE LOS OJOS</b>			.....	1
Escriba una frase.			.....	1
Copie este dibujo:			.....	1
				

Anexo 7. Test del cuidador – Escala de Zarit. <sup>(26)</sup>

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
Puntuación para cada respuesta*	1	2	3	4	5
1 ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2 ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3 Se siente agobiado 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 Ud. tiene con otros miembros de su familia?					
7 ¿Tiene miedo por el futuro de su familia?					
8 ¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9 ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
10 ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
11 ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?					
12 Siente 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?					

\* Escala de Zarit (Todos los ítems): Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" ( $\leq 46$ ), "sobrecarga ligera" (47-55) y "sobrecarga intensa" ( $\geq 56$ ). El estado de sobrecarga ligera se reconoce como un riesgo para generar sobrecarga intensa. El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbimortalidad del cuidador.

\*\* Escala de Zarit Abreviada (sólo los 7 ítems marcados en gris). Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 7 y 35 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" ( $\leq 16$ ) y "sobrecarga intensa" ( $\geq 17$ ). El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbimortalidad del cuidador.

**Anexo 8. Tarjeta “Te cuido” (27)**



<p><b>OBJETIVOS</b></p>	<p>Identificar a los cuidadores y enfermos de Alzheimer y otras demencias.</p> <p>Resolver dificultades y necesidades que se encuentran estar personas al acudir a los Servicios del Sistema Sanitario Público.</p>
<p><b>PRESTACIONES</b></p>	<p>Acceso prioritario, mediante cita previa, tanto del paciente con EA, como del cuidador a las consultas de AP y AE</p> <p>Acompañamiento del enfermo, siempre que la situación clínica lo permita para prevenir el síndrome confusional.</p> <p>Información sobre prestaciones sanitarias y recursos sociales.</p> <p>Asesoramiento telefónico con su centro de salud acerca de cuidados.</p> <p>Acceso a actividades formativas sobre cuidados y auto – cuidados, así como grupos de ayuda mutua.</p>
<p><b>ACCESO</b></p>	<p>El personal de enfermería y/o el trabajador social entregará al cuidador la tarjeta y le informará de sus prestaciones y obligaciones.</p> <p>La entrega se realizará en los centros de salud de las personas que ejerzan como cuidadores principales de los pacientes que hayan sido diagnosticados de EA u otras demencias.</p>