



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Enfermería de Soria



Facultad de Enfermería de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

**REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL
CUIDADOR INFORMAL DEL ENFERMO DE ALZHEIMER.**

Estudiante: Miriam Díaz de Cerio Garrido

Tutelado por: Julia Gómez Castro

Soria, 31 de mayo de 2017

“La vida no es la que uno vivió, sino la que uno recuerda y cómo la recuerda para contarla.”

Gabriel García Márquez

RESUMEN

Introducción: La EA es una enfermedad neurodegenerativa, caracterizada por un deterioro cognitivo, funcional y conductual. La mayoría de los casos se producen de forma esporádica en personas mayores de 65 años.

Actualmente se desconoce su etiología, por lo que el tratamiento está dirigido a paliar los síntomas producidos por la enfermedad. Es importante realizar un diagnóstico precoz para instaurar el tratamiento adecuado lo antes posible y así frenar la evolución de la enfermedad.

Objetivo: identificar los principales cuidados de salud que enfermería proporciona al cuidador principal del enfermo de Alzheimer, preservando la autonomía del paciente durante el mayor tiempo posible y previniendo la aparición de sobrecarga del cuidador.

Material y métodos: Se ha realizado una revisión bibliográfica, a través de la búsqueda de artículos en diferentes bases de datos, revistas científicas, páginas web oficiales y libros de enfermería clínica. De los artículos obtenidos se han seleccionado aquellos relacionados con el objetivo propuesto, teniendo en cuenta los criterios de exclusión e inclusión.

Resultados: Conforme evoluciona la enfermedad de Alzheimer se produce una pérdida de la autonomía que acaba incapacitando a la persona que la padece. La administración de cuidados a estos pacientes gran dependientes, durante largos periodos de tiempo, suponen en el cuidador principal una sobrecarga física, psicológica, económica y emocional, que si no se detecta acaba afectando a la salud del cuidador. Para evitar que se produzca esta sobrecarga, desde enfermería se debe de informar al cuidador sobre la enfermedad y su evolución, además de desarrollar programas de educación para la salud en los que el cuidador obtenga las herramientas necesarias para poder organizarse en la administración de los cuidados y poder solventar los problemas que se le presenten. Además de informar sobre los recursos sociales y sanitarios de los que dispone.

Conclusión: La EA presenta una elevada prevalencia en nuestro país, por lo que desde enfermería se debe desarrollar estrategias dirigidas a disminuir los efectos negativos que produce la enfermedad, tanto en el paciente como su cuidador principal y el entorno en el que se encuentra. Dichas estrategias deben de planificarse, teniendo en cuenta las necesidades básicas de ambos, para poder llevar a cabo programas de educación para la salud en los que, los profesionales sanitarios den las herramientas necesarias para que el cuidador sea capaz de solucionar los problemas que se le planteen, y disminuir la carga producida por la acción de cuidar.

Palabras clave: “demencia”, “enfermedad de Alzheimer”, “cuidados enfermeros”, “rol del cuidador”, “síndrome del cuidador quemado” y “envejecimiento”.

ÍNDICE

Índice de contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	3
1.1 DEFINICIÓN DE DEMENCIA.....	3
1.2. EPIDEMIOLOGÍA	3
1.3. FISIOPATOLOGÍA	4
1.4. CLÍNICA	5
1.5. DIAGNÓSTICO.....	6
1.6. TRATAMIENTO.....	7
2. JUSTIFICACIÓN.....	7
3. COMPETENCIAS.....	8
4. OBJETIVOS	8
5. MATERIAL Y MÉTODOS	8
6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	9
6.1. EL CUIDADOR PRINCIPAL DE UN ENFERMO DE ALZHEIMER	9
6.2. CUIDADOS AL CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE CON ALZHEIMER	10
6.3. EDUCACIÓN PARA LA SALUD AL CUIDADOR INFORMAL.....	11
6.4. RECURSOS SOCIO-SANITARIOS.....	14
7. CONCLUSIONES	15
8. BIBLIOGRAFÍA.....	16
9. ANÉXOS	18

Índice de abreviaturas

EA: Enfermedad de Alzheimer.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

APOE: Apolipoproteína-E.

IECA: Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina.

DLC: Deterioro cognitivo leve.

ABVD: Actividades básicas de la vida diaria.

CEAFA: Confederación Española de Alzheimer.

RM: Resonancia Magnética

TAC: Tomografía axial computerizada

A β : Beta- Amiloide

1. INTRODUCCIÓN

1.1 DEFINICIÓN DE DEMENCIA

La OMS define la demencia como un ``síndrome caracterizado por el deterioro de la función cognitiva más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio''¹.

La definición de Alzheimer del libro "Neurología en el Anciano: Nuevos enfoques y aplicaciones en la práctica clínica" (2014), añade a lo anterior que: "este síndrome acaba interfiriendo en la vida personal, familiar y social de la persona que lo padece"².

1.2. EPIDEMIOLOGÍA

Como consecuencia del aumento de la esperanza de vida y el creciente envejecimiento de la población en los países desarrollados, las demencias suponen un reto importante para los sistemas de salud. Según datos facilitados por la OMS 47,5 millones de personas padecen demencia y cada año se registran 7,7 millones de nuevos casos, de los cuales aproximadamente entre el 60% y 70% corresponden a la enfermedad de Alzheimer ¹.

Las demencias aumentan su prevalencia a medida que se produce un incremento de la edad, siendo esta el principal factor de riesgo para desarrollar la E.A, 1 de cada 9 personas mayores de 65 años y 1 de cada 5 mayores de 85 años desarrollarán algún tipo de demencia, siendo la mitad de los casos E.A ¹.

Por otro lado es importante destacar que esta patología afecta más a mujeres. Teniendo en cuenta los datos del INE (Instituto Nacional de Estadística) en el año 2 014, se produjeron 14 022 defunciones como consecuencia de la EA de las cuales el 70,8% eran mujeres. En el 2 015 de un total de 15 578 defunciones por esta patología el 70% eran de sexo femenino ^{3,4}.

Además de los factores de riesgo no modificables como son la edad y el sexo, se encuentran los antecedentes familiares, factores genéticos, factores biológicos, estilos de vida y factores socio-demográficos ².

- Antecedentes familiares: La EA puede desarrollarse de forma espontánea o por herencia genética, siendo esta última muy poco frecuente ya que representa entre el 10-15% de los casos y tienen lugar en edades tempranas (< 60 años), en el caso de presentar alzhéimer un familiar directo, aumenta 4 veces el riesgo de desarrollar la enfermedad⁵.
- Factores de Riesgo cardiovasculares: La diabetes, hipertensión arterial, obesidad, tabaquismo, entre otros factores de riesgo predisponen a la aparición de enfermedades cardiovasculares, lo que puede producir una mayor probabilidad de desarrollar la EA ^{6,7}.

- Educación: Existen datos epidemiológicos que confirman que un buen desarrollo intelectual presentan menos probabilidades de padecer la E.A y en el caso de de que se desarrollase, retrasaría la aparición de los primeros síntomas^{2,8}.

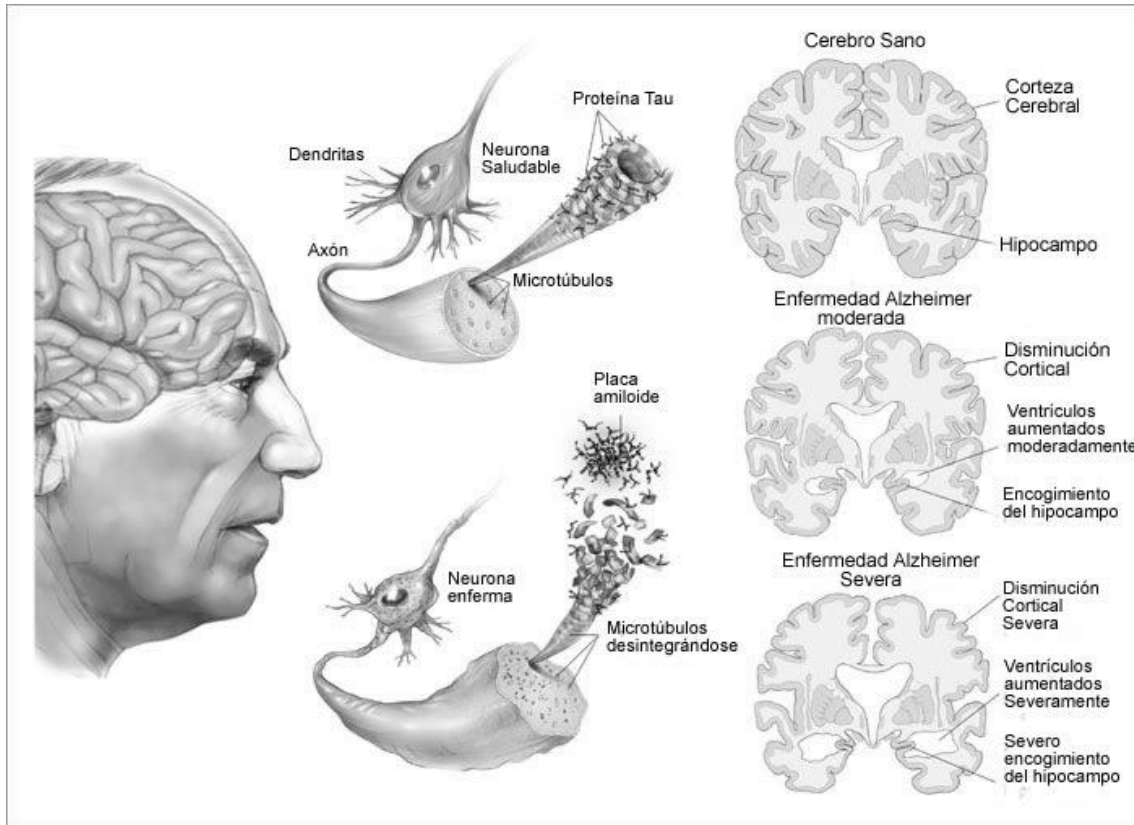
Sobre los factores de riesgo modificables podemos actuar adoptando un estilo de vida saludable.-Según un informe mundial sobre alzhéimer, titulado *Dementia and Risk Reduction: an analysis of protective and modifiable factors (Demencia y Reducción de Riesgo: un análisis de factores de protección y modificables)* publicado en el año 2014, destaca la importancia de adoptar hábitos de vida saludables, como el abandono del consumo de tabaco, realizar ejercicio físico de forma regular, tener una dieta equilibrada, desarrollar la mente y tener una vida social activa aumentan la calidad y la autonomía de los pacientes, además de disminuir los problemas cardiovasculares que afectan de forma negativa a las demencias⁹.

1.3. FISIOPATOLOGÍA

La EA es un trastorno neurodegenerativo de inicio insidioso y que produce un deterioro lento y progresivo de todas las funciones cognitivas.

En la actualidad la EA requiere la realización de un estudio histológico del tejido cerebral para establecer un diagnóstico diferencial. A pesar de esto, mediante una anamnesis clínica y pruebas de radiodiagnóstico se diagnostica la enfermedad con una sensibilidad de entorno al 80-90% de los casos, que posteriormente se confirman con la necropsia cerebral^{5,10}.

La EA se acompaña de cambios bioquímicos y neuropatológicos específicos: placas neuríticas, ovillos neurofibrilares y atrofia cerebral. Las placas están formadas por el depósito de proteína beta amiloide (A β) que produce degeneración neuronal. Los ovillos neurofibrilares son estructuras anómalas formadas por la agregación de proteína transportadora Tau, que afectan al soma y las dendritas neuronales. Ambas estructuras se encuentran repartidas por todo el cerebro, pero especialmente en la corteza cerebral, la sustancia negra, la amígdala, el hipocampo, cerebro anterior y los núcleos basales colinérgicos. La pérdida neuronal produce atrofia difusa de la corteza cerebral. Actualmente se cree que, la aparición de depósitos A β es el desencadenante para la EA, sin embargo la presencia de los ovillos neurofibrilares no es específica del Alzhéimer, ya que también se pueden encontrar en otras enfermedades degenerativas⁵.



Fuente: <https://telemedicinadetampico.wordpress.com/2012/page/3/>

1.4. CLÍNICA

En los estadios iniciales, la enfermedad suele pasar desapercibida, ya que por lo general, la sintomatología se puede confundir con alteraciones propias del envejecimiento. A medida que evoluciona, el paciente presenta una pérdida progresiva de su autonomía, impidiéndole realizar de manera independiente las ABVD².

Al comienzo de la enfermedad se ve alterada la memoria a corto plazo, aparecen problemas relacionados con la concentración y desorientación tempo-espacial. Se produce fatiga mental, como consecuencia de alteraciones del lenguaje. Además, en los estadios iniciales aparecen trastornos del comportamiento como son la agresividad, agitación psicomotriz, almacenamiento de objetos, cambios de personalidad, trastornos del sueño y de la alimentación. Todo lo anterior condiciona el desarrollo de trastornos psiquiátricos como son la ansiedad y la depresión².

Conforme avanza la enfermedad, comienzan a alterarse las áreas cerebrales relacionadas con el razonamiento, el lenguaje, procesamiento sensorial y pensamiento consciente. Además de producirse un empeoramiento de los síntomas que presentaba anteriormente. Por un lado, se sustituye el estado ansioso depresivo que presentaba en estadios iniciales, por un estado de apatía que produce una disminución de las respuestas emocionales. Por otro lado, continúa la pérdida de memoria llegando a presentar agnosia².

Respecto a la memoria semántica, hay una disminución de la expresión y el vocabulario, cada vez es más restringido. Además de esto, el juicio, el pensamiento abstracto y el cálculo se encuentran comprometidos. A medida que aumenta el deterioro cognitivo aparecen alteraciones en la memoria motora, provocando alteraciones en la marcha y, en una gran parte de estos pacientes, aparecen mioclonías multifocales y convulsiones².

Cuando la enfermedad se encuentra en los estadios más avanzados, todas las funciones intelectuales se encuentran alteradas. De manera que se produce una degeneración progresiva a un estado vegetativo, en el que el paciente presenta mutismo, incontinencia de esfínteres y rigidez muscular. Todo ello conlleva a que el paciente presente una dependencia total en los cuidados¹¹.

1.5. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la EA suele comenzar con la sospecha de deterioro cognitivo por parte del paciente, familiares o el equipo sanitario de atención primaria. Es importante descartar otro tipo de patología de origen orgánico, antes de diagnosticar al paciente de Alzheimer¹².

Para realizar un diagnóstico correcto, se debe comenzar con una anamnesis exhaustiva acerca de los antecedentes familiares relacionados con demencias, antecedentes personales, nivel de escolarización, factores de riesgo cardiovascular y contexto socio-familiar. Además hay que valorar los síntomas que presenta de disfunción cognitiva, ya que la pérdida de la capacidad para llevar a cabo las ABVD e instrumentales son uno de los principales criterios diagnósticos de las demencias y un criterio diferencial del deterioro cognitivo leve (DCL)^{12,13}.

Además de realizar una anamnesis completa y una exploración física, se debe realizar un examen neurológico y pruebas de neuroimagen.

- Examen neurológico: Deben realizarse test psicológicos para valorar el déficit cognitivo del enfermo. El examen neurológico que más se emplea actualmente es el Mini Mental State (MMS) de Folstein (ANEXO 1)¹³.
- Pruebas de neuroimagen: Mediante la realización de una Resonancia magnética (RM) y tomografía axial computerizada (TAC), se observan las estructuras cerebrales. Estas pruebas ayudan a descartar otras patologías con sintomatología similar a la EA¹².

Se están valorando diversos biomarcadores de EA, pero no se puede hablar de diagnóstico precoz hasta que no se posea de un tratamiento altamente efectivo. Sin embargo, es importante establecer un tratamiento adecuado a cada paciente, para enlentecer en lo posible el deterioro general del paciente¹⁴.

Además, la detección en los primeros estadios facilita la adaptación del cuidador principal a su nuevo rol y la adaptación del entorno a las necesidades del paciente^{2,12}.

1.6. TRATAMIENTO

El tratamiento actual está dirigido a paliar los síntomas de la enfermedad, de tal forma que mejore la calidad de vida del paciente y disminuya la carga de trabajo del cuidador informal¹⁰.

Tratamiento farmacológico:

- Inhibidores de la acetilcolinesterasa: Esta clase de fármacos actúan restableciendo el déficit colinérgico que se produce en la EA. Se observa una ligera mejoría en la función cognitiva, conductas de comportamiento y funcionalidad. Dentro de este grupo de fármacos se encuentran el donepezilo, galantamina, rivastigmina y tacrina. Están indicados en el deterioro cognitivo leve o moderado^{13, 15}.
- Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina: Estos fármacos se asocian con una disminución del deterioro cognitivo. Atraviesan la barrera hematoencefálica, por lo que además de tener efectos preventivos se utilizan para tratar la EA de leve a moderada^{15, 16}.

El resto de los fármacos que se emplean, están dirigidos a tratar los síntomas conductuales y psicológicos producidos por la enfermedad¹³:

- Depresión: Inhibidores de la recaptación de serotonina (paroxetina, fluoxetina, sertralina, citalopram y escitalopram)
- Ansiedad: Benzodicepinas de edad media (lorazepam, oxazepam)
- Insomnio: Benzodicepinas de vida intermedia (lorazepam, oxazepam) o derivados benzodicepínicos (zolpidem)
- Agitación y psicosis: Antipsicóticos

2. JUSTIFICACIÓN

Las demencias son cada vez más frecuentes en la población, en especial la enfermedad de Alzheimer¹⁷, que además es una de las siete patologías que presentan una mayor tasa de mortalidad en nuestro país^{3,4}. Se da principalmente en personas mayores de 65 años.

Actualmente, debido al aumento de la esperanza de vida y los avances en el área de la medicina cada vez son más las personas mayores de 65 años. Según datos estadísticos del INE, en el año 2015, España presentaba una población con edades superiores a los 65 años de entorno al 18,4%¹⁸. Además el proceso de envejecimiento, se ve incrementado por el descenso de la natalidad por lo que dentro de unos años habrá un aumento de 2,9 millones de personas mayores de 64 años¹⁷. Como consecuencia de todo ello, el número de personas que presentarán EA aumentara de manera considerable.³ Este problema se ve agravado en la provincia de Soria, ya que presenta uno de los índices de envejecimiento más elevados de nuestro país¹⁹.

Desde el momento del diagnóstico la familia debe afrontar la nueva situación y aprender a convivir tanto con el enfermo como con su enfermedad, ya que los cuidados van a ser cada vez más numerosos y complejos, según el proceso degenerativo avance. Se produce un cambio importante en el estilo de vida del cuidador, dejando de lado sus propias necesidades^{20, 21}. Debido a la sobrecarga física y emocional a la que se ven sometidos los cuidadores, estos tienen una gran probabilidad de llegar a desarrollar problemas psicopatológicos como depresión, ansiedad y estrés. En muchas ocasiones el cuidador de pacientes con Alzheimer es un enfermo oculto^{22, 23}.

Detectar las alteraciones psicopatológicas del cuidador que repercuten de manera negativa sobre el propio enfermo es necesario; los cuidadores deben tener un buen estado de salud, tanto físico como psicológico, para así poder proporcionar unos cuidados de calidad²².

3. COMPETENCIAS

Específica

- Capacidad de integrar las competencias adquiridas en las materias que componen el Plan de Estudios del Título de grado en Enfermería en el diseño, planificación, presentación y defensa de la resolución de un problema o situación de salud determinada²⁴.

Transversales

- C.T.2. Capacidad para aplicar el razonamiento crítico.
- C.T.3. Capacidad de análisis y síntesis.
- C.T.7. Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica.
- C.T.8. Capacidad de resolución de problemas y toma de decisiones²⁴.

4. OBJETIVOS

Objetivo Principal:

- Exponer los *principales* cuidados de salud que enfermería proporciona al cuidador del enfermo de Alzheimer

Objetivos Específicos:

- Definir el perfil de cuidador principal de un enfermo con Alzheimer.
- Identificar las necesidades de cuidados del cuidador principal.
- Exponer los cuidados que el cuidador informal presta al enfermo de Alzheimer.
- Analizar los recursos socio-sanitarios disponibles tanto para paciente con Alzheimer como para su cuidador.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

Este trabajo consiste en una revisión bibliográfica sobre EA y los cuidados enfermeros dirigidos a los cuidadores de pacientes con Alzheimer. Para ello, se realizó una búsqueda de

artículos que tuvo lugar entre los meses de febrero a mayo del año 2017. Se emplearon buscadores como Google Académico. Además se consultaron fuentes primarias como libros de enfermería médico-quirúrgica y fuentes secundarias como bases de datos nacionales (Elsevier, Dialnet) e internacionales (Medline, Pubmed, Scielo, Lilacs). También se consultaron revistas científicas (Cuiden) y páginas web oficiales como la OMS, fundaciones de Alzheimer, Instituto Nacional de Estadística.

Las palabras claves empleadas fueron “demencia”, “enfermedad de Alzheimer”, “cuidados enfermeros”, “rol del cuidador”, “síndrome del cuidador quemado” y “envejecimiento” mediante la combinación de descriptores booleanos como “AND” y “OR”.

Tras realizar una lectura profunda de todos los artículos encontrados, se hizo una selección teniendo en cuenta los criterios de exclusión e inclusión.

Criterios de exclusión:

- Publicaciones que carecen de una evidencia científica.
- Artículos cuyo tema principal no está relacionado con el objetivo de nuestro trabajo.

Criterios de inclusión:

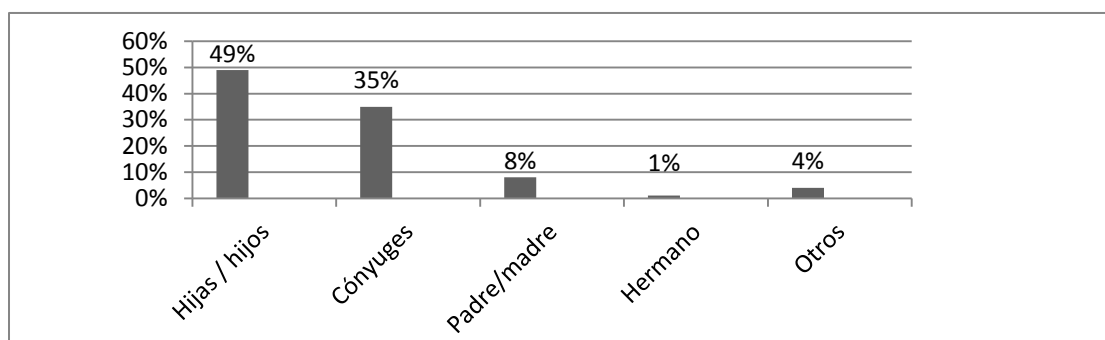
- Artículos con idioma en inglés o español.
- El tema principal está relacionado con el objetivo del trabajo.

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

6.1. EL CUIDADOR PRINCIPAL DE UN ENFERMO DE ALZHEIMER

A lo largo de la historia, los cuidados de las personas en situación de dependencia han recaído dentro del seno familiar²². En la mayoría de los casos no se reparte el cuidado entre los diferentes miembros de la familia, por lo que la responsabilidad del cuidado recae sobre un único miembro. Este rol sigue siendo asumido por las mujeres, a las cuales hay que sumarles las responsabilidades relacionadas con su actividad laboral, el cuidado de la casa y la atención a los demás miembros de la familia²³.

Según un estudio realizado por la Confederación Española de Alzheimer (2016) los encargados de administrar los cuidados al paciente con Alzheimer son principalmente los hijos, seguidos de los cónyuges²⁵. (Gráfica I)



Gráfica I. Perfil del cuidador principal, teniendo en cuenta el parentesco. <http://www.ceafa.es/es/que-hacemos/proyectos-de-investigacion-sociosanitaria/proyecto-ceafa-sanitas>.

El perfil de los cuidadores informales sigue siendo de sexo femenino, hija de la persona con Alzheimer, con estudios primarios y que necesitan realizar ajustes en el ámbito laboral, como reducciones de jornada o incluso dejar su trabajo, debido a la elevada dedicación que supone administrar cuidados a una persona en situación de dependencia²³. Todo ello, repercute negativamente en el cuidador, produciendo alteraciones en el ámbito familiar, necesidad de asumir los nuevos cambios en los diferentes roles que desempeñaba el cuidador y su familia, disminución del rendimiento laboral y la capacidad económica, y produce alteraciones físicas y psicológicas. Estas últimas presentan una elevada prevalencia, entre el 25-30% de los cuidadores informales presentan estados de ansiedad, el 15-20% síntomas relacionados con la depresión y entorno al 73% desgaste emocional o sobrecarga²². Si esta sobrecarga se mantiene en el tiempo se produce el "síndrome del cuidador quemado" (burnout), repercutiendo negativamente en la salud del cuidador y afectando a la calidad de los cuidados²³.

6.2. CUIDADOS AL CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE CON ALZHEIMER

Desde el momento en el que se establece un diagnóstico de Alzheimer, es importante que el cuidador informal tome la decisión de querer cuidar y que ésta no que le venga como algo impuesto. Una vez asumido su nuevo rol, el equipo sanitario debe informar y educar al cuidador principal acerca de la enfermedad, para que éste pueda organizarse en la administración de los cuidados y obtener mejores resultados, manteniendo así el enfermo una mayor autonomía durante el mayor tiempo posible²³.

Realizar un diagnóstico temprano disminuye la ansiedad en pacientes y familiares y ayuda a organizar los cuidados a largo plazo. Para ello, es fundamental que los equipos de atención primaria detecten de forma precoz las personas que presenten un DCL o una demencia, ya que es el primer nivel de atención sanitaria^{13, 14}. Para que el seguimiento de los enfermos con Alzheimer sea efectivo, hay que prestar cuidados tanto al paciente como a su cuidador principal, ya que, prestar cuidados durante largos periodos de tiempo produce una elevada carga física, psicológica, emocional, social y económica²³.

Los profesionales de enfermería de atención primaria, disponen de una serie de herramientas de valoración para detectar la sobrecarga que presenta el cuidador informal, como es el cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit (ANEXO 2)^{13, 22}. Además se deben desarrollar programas de educación para la salud dirigidos al cuidador principal, para que dispongan de las herramientas necesarias para administrar los cuidados de forma eficaz²³.

El profesional de enfermería mediante la valoración, debe recoger la información necesaria para identificar los problemas que hay que minimizar o solucionar, mediante la realización de intervenciones de enfermería. Esta valoración tiene que ser sistemática para proporcionar una visión global tanto del paciente, como de su cuidador principal y de su entorno, permitiendo desarrollar un plan de cuidados adecuado a sus necesidades^{26, 27}.

Las actividades de enfermería, dirigidas al apoyo al cuidador principal para disminuir o evitar la aparición del síndrome del cuidador, son las siguientes^{13, 23}:

- Determinar el nivel de conocimientos que tiene el cuidador.
- Determinar la aceptación del rol del cuidador principal.
- Evaluar cómo afronta el cuidador principal su nuevo rol.
- Establecer con el cuidador cuáles son sus debilidades y fortalezas para fomentar el autocuidado.
- Consensuar con el cuidador el plan de cuidados a seguir, según sus necesidades y las del enfermo.
- Enseñar al cuidador principal diferentes técnicas para el manejo del estrés.
- Fomentar la participación en grupos de apoyo.
- Enseñar al cuidador herramientas necesarias para mantener su salud.
- Ayudar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo.

“Hay muchas personas que, desde sus hogares, en un clamor silencioso y en ocasiones solitario, demandan atención, reconocimiento y ayuda. Necesitan aprender a cuidar cuidándose” (Margarita Rojas).

6.3. EDUCACIÓN PARA LA SALUD AL CUIDADOR INFORMAL

Conforme avanza la enfermedad, la persona con Alzheimer requerirá un aumento tanto en el número como en la complejidad de los cuidados, ya que no podrá realizar de forma autónoma las ABVD. Por lo que, el profesional de enfermería debe educar al cuidador informal, para que preste los cuidados, teniendo en cuenta las necesidades del enfermo. Además, se debe establecer una rutina para la realización de las ABVD, desde el momento en el que se diagnóstica la enfermedad, favoreciendo el mantenimiento de la autonomía del paciente durante un mayor periodo de tiempo.

Los cuidados según las necesidades básicas en EA son los siguientes²³:

- Necesidad de alimentarse e hidratarse adecuadamente:

En los enfermos de Alzheimer hay que controlar el estado nutricional y la hidratación teniendo en cuenta la coloración de piel y mucosas, además se debe de llevar un control del peso.

Es importante que tengan una alimentación saludable y equilibrada para tener unos requerimientos nutricionales adecuados y preservar el estado físico.

Dentro de esta necesidad, los pacientes con Alzheimer suelen presentar numerosos problemas como rechazar el alimento, se olvida de comer o no recuerda si lo ha hecho, presenta disfagia, no sabe utilizar los cubiertos, entre otros. Para solucionar estos problemas se pueden realizar una serie de actividades:

- Favorecer un ambiente tranquilo.
- Utilizar platos y cubiertos adaptados para que le resulte más fácil utilizarlos.

- Establecer una rutina con unos horarios, comer siempre en el mismo lugar, establecer un ritual como ponerse el babero para que lo asocie con la hora de la comida, etc.
- No obligarle a comer, hablarle tranquilo y evitar distracciones.
- Controlar la ingesta de líquidos, ya que se les olvida beber. Controlar la temperatura de las bebidas.
- Elaborar menús equilibrados y saludables, teniendo en cuenta sus gustos y preferencias.
- Si se atraganta o presenta dificultad para deglutir, utilizar espesantes y gelatinas.

En las fases más avanzadas de la enfermedad, presentan complicaciones como son los atragantamientos, generalmente producidos por un deterioro del reflejo de la deglución y porque el enfermo se olvida de tragar. Por todo ello, en muchas ocasiones se decide colocar una sonda nasogástrica de alimentación enteral^{23,28}.

- **Necesidad de eliminar por todas las vías corporales:**

En las primeras fases el paciente suele presentar incontinencia urinaria y conforme avanza la enfermedad acaba presentando incontinencia fecal, como consecuencia de las dificultades que presentan para controlar los esfínteres. Hay actividades encaminadas a retrasar la aparición de la incontinencia^{23,29}:

- Tomar las medidas necesarias para prevenir infecciones urinarias.
- Colocar ropa fácil de desabrochar.
- Cambiarle de ropa cuando se haya orinado y no renegarle por ello.
- Establecer una rutina para ir al servicio.
- No darle muchos líquidos antes de irse a dormir para evitar que vaya al servicio durante la noche.

- **Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas:**

Cuando la enfermedad avanza se produce un deterioro en la movilidad por lo que aumenta el sedentarismo y la persona enferma cada vez realiza menos ejercicio físico, lo que influye negativamente en su estado general. Como consecuencia el paciente presenta dolores generalizados, edemas en las extremidades inferiores, inestabilidad en la marcha, miedo a sufrir una caída, aparición de úlceras vasculares o úlceras por presión.

Para evitar problemas relacionados con esta necesidad pueden realizarse actividades como²³:

- Eliminar barreras u obstáculos que puedan suponer riesgo de caídas.
- Tener en cuenta la medicación que toma y valorar posibles efectos adversos.
- Realizar ejercicio físico de forma regular, adaptado a las necesidades del enfermo.
- Prevenir aparición de úlceras y si existen realizar los cuidados pertinentes.

- **Necesidad de dormir y descansar:**

Esta necesidad se ve alterada principalmente en las primeras fases de la enfermedad. Los problemas más usuales relacionados con el descanso son que el paciente deambule durante la noche, se despierta alterado, se viste para irse a la calle, despierta al resto de familiares, etc. Todos estos problemas producen en el cuidador un elevado estrés y ansiedad. Para favorecer el descanso y sueño se pueden realizar una serie de actividades^{23, 28}:

- Si presenta dificultades para dormir, comentárselo al facultativo correspondiente para que le pauté medicación para favorecer el sueño.
- Enseñar a la familia y/o cuidador los cambios que se producen en el patrón del sueño, como son los despertares frecuentes, deambular por la noche, permanecer despierto largos periodos de tiempo.
- Establecer una rutina para el sueño, con unos horarios de sueño-vigilia.
- Llevarle al aseo antes de acostarse y evitar darle diuréticos a últimas horas de la tarde, para evitar que se levante a orinar.
- Colocar una pequeña luz en su dormitorio para que le sirva de referencia.
- Cerrar puertas y ventanas para evitar que salga a la calle.

- **Necesidad de escoger la ropa adecuada; vestirse y desvestirse:**

Según avanza la enfermedad presentará dificultades para recordar el orden en que tiene que vestirse, utilidad de una prenda determinada, irá perdiendo habilidades y destrezas relacionadas con esta necesidad. Por lo que hay que buscar soluciones sencillas, realizando actividades para mantener su autonomía durante el mayor tiempo posible^{23, 28}.

- Dejar en el armario la ropa de la estación en la que estemos y quitar complementos innecesarios.
- Cambiar cremalleras y botones por sistemas de velcro.
- Dejar solo calzado cómodo y seguro para evitar caídas.
- Dejar a la noche colocada la ropa del día siguiente de forma ordenada.
- Si solo se quiere poner una prenda comprar varias iguales.

- **Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel:**

Conforme avanza la enfermedad, es frecuente que la persona con Alzheimer se niegue a colaborar en el aseo. En este caso, se deben buscar estrategias adecuadas para solventar el problema sin enfrentarse al enfermo y estableciendo una rutina.

Es importante tener en cuenta las costumbres que el enfermo tenía durante los últimos años antes de la enfermedad, de manera que si se aseaba dos veces por semana no se intente realizarlo a diario, siempre que sea posible. Además es recomendable, fomentar el propio autocuidado y su autonomía mediante la supervisión de las actividades básicas. A medida que la persona comience a ser más dependiente, el cuidador tiene que ayudarle en las actividades que el enfermo no sea capaz de realizar por sí mismo.

Una vez que el enfermo presenta una total dependencia, el cuidador actuará como soporte y ayudará a realizar todos los cuidados relacionados con la higiene^{23, 29}.

- **Necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades temores u opiniones:**

Con la evolución de la enfermedad, se produce un deterioro en la memoria semántica de forma que presenta dificultades para comunicarse de manera correcta, llegando incluso al mutismo. Es importante buscar estrategias que nos permitan interactuar con el enfermo de Alzheimer, por lo que hay que tener en cuenta tanto la comunicación verbal como la no verbal.

Existen una serie de pautas para facilitar la interacción y el entendimiento con la persona que padece Alzheimer^{23, 28}:

- Evitar distracciones que nos entorpezcan la comunicación.
- Colocarse frente a él manteniendo el contacto visual, hablarle despacio y emplear frases cortas y sencillas, de forma que nos entienda.
- Ayudarnos del lenguaje no verbal, vocalizando bien y empleando expresiones coherentes de acuerdo con lo que queremos expresar.
- No discutir, ni obligarle a realizar alguna actividad, ya que no es capaz de razonar de forma lógica.

Además de estas actividades es necesario tener unas **pautas adecuadas que faciliten el manejo de las alteraciones de conducta** (anexo 3) que presenta el enfermo de Alzheimer, para que el cuidador principal sepa cómo actuar en función de los problemas que estas producen²³.

6.4. RECURSOS SOCIO-SANITARIOS

Cuando el cuidador principal ha recibido información acerca de la enfermedad, se le deben ofrecer los recursos socio-sanitarios disponibles para disminuir su carga y facilitar la administración de los cuidados. Para ello, se debe determinar la situación económica en la que se encuentra la familia del enfermo de Alzheimer, ya que no siempre todos los recursos son accesibles. Estos pueden ser atención sanitaria, programas de atención domiciliaria, hospitales de día e ingresos temporales de descanso o control de síntomas^{13, 23}:

- Servicio de ayuda a domicilio: Consiste en prestar una atención de carácter doméstico, social, apoyo psicológico y rehabilitador a las personas en situación de dependencia y sus familias, favoreciendo su autonomía y potenciando la integración en su entorno habitual, evitando institucionalizaciones innecesarias^{13, 23}.
- Teleasistencia: Este dispositivo se encuentra disponible las 24 horas, todos los días del año. Tiene como objetivo detectar situaciones de emergencias médicas o sociales e intervenir en ellas, poniendo en funcionamiento los recursos sociales o sanitarios necesarios para solucionarlas^{13, 23}.

- Centros de día: Son servicios socio-sanitarios y prestan apoyo familiar. Durante el día ofrecen administran actividades encaminadas al mantenimiento de las necesidades básicas, terapéuticas y socio-culturales a las personas dependientes, promoviendo su autonomía y fomentando la permanencia en su entorno habitual. Tiene como objetivo descargar al cuidador principal de sus responsabilidades relacionadas con el cuidado^{13, 23}.
- Adaptación de viviendas: Son programas de ayudas económicas dirigidos a acondicionar la vivienda para que sea más accesible y presente unas instalaciones que se ajusten a las necesidades que presente la persona dependiente en su domicilio^{13, 23}.
- Alojamiento alternativo: Tienen como objetivo conseguir una convivencia familiar manteniendo a la persona dependiente en su entorno. Dentro de este se encuentran sistemas alternativos: Apartamentos individuales o de dos personas, viviendas comunales, tuteladas, mini residencias y programas de convivencia intergeneracional^{13, 23}.
- Residencias: Son centros gerontológicos en los que se presta atención socio-sanitaria. Las personas con Alzheimer pueden permanecer de forma temporal para o definitiva^{13, 23}.

En los centros de estancia temporal no suelen ser estancias superiores a los 60 días. En ellas el paciente ingresa bien por una necesidad de respiro familiar o por un agravamiento del estado general. La estancia definitiva, se produce cuando no se pueden prestar unos cuidados de calidad en el domicilio, por lo que la persona con Alzheimer ingresa definitivamente en una institución^{13, 23}.

En la localidad de Soria, solo hay una institución pública, que ofrece un servicio de respiro familiar. La residencia para personas dependientes Los Royales posee plazas nocturnas y diurnas, de fin de semana y estancia temporal, lo que permite descargar a las familias que tienen a su cargo una persona dependiente. Esta residencia tiene 44 plazas destinadas para personas en situación de dependencia, de forma que ofrecen una atención integral, individual y dinámica de carácter socio-sanitario. También, se ofrece apoyo a la familia para mantener y mejorar su propia autonomía³⁰.

Además de estos recursos sociales que son beneficiosos tanto para la persona con Alzheimer como para su cuidador principal, ya que favorecen la descarga del cuidado, hay otra serie de ayudas dirigidas para los cuidadores proporcionadas por las diferentes asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer²³.

7. CONCLUSIONES

- La atención a los enfermos de Alzheimer recae mayoritariamente sobre las mujeres, representando el 84% del total de los cuidadores
- Debido a la elevada prevalencia de la EA en nuestro país, es importante fomentar el desarrollo de estrategias socio-sanitarias que disminuyan los efectos personales, familiares, sociales y económicos producidos por EA.

- Enfermería debe valorar las necesidades básicas alteradas, tanto del paciente como de su cuidador, y establecer un plan de cuidados teniendo en cuenta las características particulares de cada uno de ellos.
- Mediante programas de educación para la salud, el cuidador informal debe de adquirir conocimientos sobre EA y las herramientas necesarias para poder solventar de forma eficaz los problemas que se le planteen conforme evoluciona la enfermedad.
- El profesional de enfermería facilitará la comunicación con los servicios sociales, para que tanto la familia como el enfermo, tengan conocimiento sobre los recursos socio-sanitarios disponibles.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Ginebra: OMS; 2016 [Acceso el 26 de marzo de 2017]. Demencia. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
2. Micheli EF, Fernández Pardal M, Cersósimo MG. Neurología en el Anciano: Nuevos enfoques y aplicaciones en la práctica clínica. 2ª ed. Argentina: Panamericana; 2014.
3. Instituto Nacional de Estadística. [sede Web]. INE: Defunciones según la causa de muerte; 2016. [acceso 20 de Marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np963.pdf>
4. Instituto Nacional de Estadística [sede Web].Madrid: INE; [Acceso 28 de marzo de 2017]. Defunciones Según la Causa de Muerte. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947>
5. Kumar V, Abbas AK, Fausto N, Mitchell RN. Robbins y Contran. Patología estructural y funcional. 9ªed: Elsevier; 2015.
6. Luchsinger JA, Reitz C, Honig LS, Tang MX, Shea S, Mayeux R. Aggregation of vascular risk factors and risk of incident Alzheimer disease. Neurology. 2005; 65(4):545-51.
7. Grodstein F. Cardiovascular risk factors and cognitive function. Alzheimer's and Dementia. 2007; 3(Suppl 2): S16-S22. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19595969>
8. Wilson RS, Li Y, Aggarwal NT, Barnes LL, McCann JJ, Gilley DW, Evans DA. Education and the course of cognitive decline in Alzheimer disease. Neurology. 2004; 63 (7):1198-202.
9. Prince M, Albanese E, Guerchet M, Prina Matthew. World Alzheimer Report 2014: Dementia and Risk Reduction. Londres: Alzheimer's disease international; 2014.
10. González Rodríguez V.M, Martín Martín C. Martín Prieto M, González Moneo M.J, García de Blas González F, Riu Subirana S. La enfermedad de Alzheimer. Semergen 2004;30(1):18-33
11. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010.
12. Olazarán J. ¿Puede Diagnosticarse la Demencia en Atención Primaria. Atención Primaria. 2011;43(7):377-384
13. Arrieta Antón E, Fernández Pascual L, González Rodríguez V, Goñi Imizcoz M. Guía de Atención al Paciente con Demencia en Atención Primaria. Junta de Castilla y León Gerencia Regional de Salud.

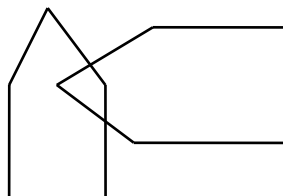
14. Hernández Martínez de Lapiscina E, Toledo Atucha JB, Martínez González MA. Enfermedades Neurodegenerativas. En: Martínez González MA, director. Conceptos de salud pública y estrategias preventivas: un manual para ciencias de la salud. Elsevier; 2013. p. 159-164.
15. *Tohru* et ál. Effects of brain-penetrating ACE (angiotensin converting enzyme) inhibitors on Alzheimer disease progression. *Neurology* 2004; 63:1324-1325.
16. Yang Gao,^{1,2} Rónán O'Caomh,¹ Liam Healy,¹ David M Kerins,^{3,4} Joseph Eustace,⁵ Gordon Guyatt,⁶ David Sammon, and D William Molloy. Effects of centrally acting ACE inhibitors on the rate of cognitive decline in dementia. *BMJ Open*. 2013; 3(7).
17. Instituto Nacional de Estadística. INE: Notas de Prensa. [Online]; 2014[Acceso el 28 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>
18. Abellán García A, Pujol Rodríguez R. Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos [monografía en Internet]. Madrid: Informes Envejecimiento en red nº 14; 2016 [Acceso 25 de abril 2017]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos16.pdf>
19. INE Revisión Padrón Municipal. Consejería de Economía y Hacienda. Junta de Castilla y León. 2015.
20. Hidalgo A. Trabajo Social con Enfermos de Alzheimer y sus familiares. Reflexiones y Sugerencias. Martínez M, editor. La Coruña: Netbiblo; 2010.
21. González R. El extraño caso del Dr. Alzheimer (del olvido a la demencia). 1ª ed: mayo 2013; 2013.
22. Martín Carrasco M, Ballesteros Rodríguez J, Domínguez Panchón A.I, Muñoz Hermoso P, González Fraile. Intervenciones en el cuidador del enfermo con demencia. *Actas Esp Psiquiatr* 2014;42(6):300-14
23. Conde Morala M. Los Cuidados Informales a un Enfermo de Alzheimer. El Cuidador Principal. Madrid: AFAL; 2006
24. Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. *Boletín Oficial del Estado*, nº 174 (19-07-2008).
25. Confederación Española de Alzheimer [sede web]. Pamplona: Confederación Española de Asociaciones de Familiares de personas con Alzheimer y otras demencias; [acceso 29 de marzo de 2017]. Proyectos de investigación Sociosanitaria. Disponible en: <http://www.ceafa.es/es/que-hacemos/proyectos-de-investigacion-sociosanitaria/proyecto-ceafa-sanitas>
26. Doegnes ME, Moorhouse MF. Proceso y diagnóstico de enfermería. Aplicaciones. 1ªed. Manual Moderno;2014.
27. Balbas Liaño VM. El Profesional de Enfermería y el Alzheimer. *Nure Investigación*.2005;(13)
28. Megías-Lizancos F, Serrano Parra MD. Enfermería en Psiquiatría y Salud mental. 2ªed. Madrid: Enfermería S21; 2002.
29. Fuente Ramos M. Enfermería médico-quirúrgica. 2ªed: Enfermería S21; 2009.
30. Valdenebro Alonso A. Unidades de convivencia. Experiencia en Los Royales. [acceso 5 de mayo de 2017] Gerencia de Servicios Sociales. Junta de castilla y león. Disponible en: http://www.fundacionpilares.org/docs/encuentro_RP_Valdenebro.pdf

9.ANÉXOS

ANEXO1. Mini examen cognoscitivo

Arrieta Antón E, Fernández Pascual L, González Rodríguez V, Goñi Imizcoz M. Guía de Atención al Paciente con Demencia en Atención Primaria. Junta de Castilla y León Gerencia Regional de Salud.

Paciente.....Edad..... Ocupación.....Escolaridad..... Examinado por.....Fecha.....	
ORIENTACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> • Dígame el día..... Fecha.....Mes.....Estación.....Año..... 	__5
<ul style="list-style-type: none"> • Dígame el hospital (o lugar)..... planta.....ciudad.....Provincia.....Nación..... 	__5
FIJACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> • Repita estas tres palabras; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) 	__3
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	
<ul style="list-style-type: none"> • Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuántas le van quedando? 	__5
<ul style="list-style-type: none"> • Repita estos tres números: 5, 9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás 	__3
MEMORIA	
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Recuerda las tres palabras de antes? 	__3
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> • Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj 	__2
<ul style="list-style-type: none"> • Repita esta frase: En un trigal había cinco perros 	__1
<ul style="list-style-type: none"> • Una manzana y una pera, son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde? ¿Que son un perro y un gato? 	__2
<ul style="list-style-type: none"> • Coja este papel con la mano derecha dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa 	__3
<ul style="list-style-type: none"> • Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS 	__1
<ul style="list-style-type: none"> • Escriba una frase 	__1
<ul style="list-style-type: none"> • Copie este dibujo 	__1



Puntuación máxima 35.

Punto de corte Adulto no geriátricos 24

Adulto geriátrico 20

APLICACIÓN DEL TEST

Orientación:

Seguir las indicaciones del test (un punto cada respuesta correcta).

Fijación:

Repetir claramente cada palabra en un segundo. Se le dan tantos puntos como palabras repite correctamente al primer intento. Hacer hincapié en que lo recuerde ya que más tarde se le preguntará.

Concentración:

Si no entiende o se resiste, se le puede animar un poco, como máximo reformular la pregunta como sigue: “ *si tiene 30 euros y me da 3 ¿Cuántos euros le quedan?* y a continuación siga dándome de 3 en 3 (sin repetir la cifra que él dé). Un punto por cada substracción correcta, exclusivamente. Por ejemplo 30 menos 3 = 28 (0 puntos); si la siguiente substracción es de 25, ésta es correcta (1 punto). Repetir los dígitos lentamente: 1 segundo cada uno hasta que los aprenda. Después pedirle que los repita en orden inverso y se le da un punto por cada dígito que coloque en oposición inversa correcta.

Por ejemplo, 592 (lo correcto es 295); si dice 925 le corresponde 1 punto.

Memoria:

Seguir las instrucciones del test, dando amplio margen de tiempo para que pueda recordar, pero sin ayudarle (un punto por cada palabra recordada).

Lenguaje y construcción:

Seguir las instrucciones puntualizando que:

- Leerle la frase despacio y correctamente articulada. Para concederle 1 punto tiene que ser repetida a la primera y correctamente articulada, un fallo en una letra es 0 puntos.

- Semejanzas; para darle un punto en verde-rojo tiene que responder inexcusablemente “colores”. Para la semejanza perro-gato la contestación correcta exclusiva es animales o animales de “x” características o bichos.

- En las órdenes verbales, si coge el papel con la mano izquierda es un fallo en ese apartado. Si lo dobla más de dos veces otro fallo. Dependiendo de la posición del paciente se podrá modificar la orden de poner el papel en la mesa o en el suelo. Cada una de las partes de la orden ejecutada correctamente es un punto, hasta un máximo de 3.

- Para los test de la lectura y escritura, pedir al paciente que se coloque sus gafas, si las usa, y si es preciso escribir la orden y los pentágonos en trazos grandes en la parte

posterior del papel, para que los vea perfectamente. Se le concede un punto si, independientemente de lo lea en voz alta, cierra los ojos sin que se le insista verbalmente. Recalcar antes, dos veces como máximo que lea y haga lo que pone en el papel.

- Para escribir una frase instruirle que no sea su nombre. Si es necesario puede usarse un ejemplo, pero insistiendo que tiene que escribir algo distinto. Se requiere sujeto, verbo y complemento para dar un punto (las frases impersonales sin sujeto)
- Figuras: la ejecución correcta (1 punto) requiere que cada pentágono tenga exactamente 5 lados y 5 ángulos y tienen que estar entrelazados entre sí con dos puntos de contacto.

Mini-Examen Cognoscitivo. Versión española del Mini-Mental Status Examination de Folstein et al (1975). Validado por Lobo et al (1979-94)

ANEXO 2. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit		
Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56.

ANEXO 3. MANEJO DE LAS ALTERACIONES DE CONDUCTA

FASES DE LA E.A.	ALTERACIONES DE CONDUCTA	COMO ACTUAR
F A S E	Dificultades para reconocer la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facilitar la comunicación y ayudarle a expresar sus sentimientos. ▪ No culparle. ▪ Crear un ambiente de seguridad y confianza. ▪ Buscar actividades lúdicas y gratificantes, que le gustasen en el pasado. ▪ Mantenerlo lo más activo posible. ▪ Potenciar sus habilidades, hobbies... ▪ Hacer que se sienta útil, importante y activo.
	Pérdida de objetos. (Ideas de robo, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> – Darles explicaciones de lo que no entiendan. – No sentirse acusado. – Explicar a su entorno la situación para no darle importancia. – No preguntarle donde lo ha puesto. – Guardar las cosas de mucho valor o que se puedan romper. – Poner un distintivo a los objetos que puedan perderse.
	Repetición de preguntas.	<ul style="list-style-type: none"> – Analizar la conducta y registrarla. – Transmitir tranquilidad. – Cambiar de tema. – Poner puntos de orientación como relojes, calendarios...
F A S E	Delirios	<ul style="list-style-type: none"> – Facilitar ubicación del lugar en el que está. – Buscar el motivo, analizando el momento anterior y posterior al delirio. – No discutir con ellos, ni darles la razón. – Mantener conversaciones coherentes reforzándolas. – Desviar la atención. – No dejarle solo. – Si los delirios se producen durante la noche, dejar una luz encendida. – Explicarle lo que ve o escucha, en caso de que no lo entienda. – En enfermos muy desconfiados no hablar a susurros. – Si no reconoce a un familiar, no contradecirle y tranquilizarle. Cuando se le pase explicar quién es.
	Alucinaciones	<ul style="list-style-type: none"> – Las más comunes son auditivas o visuales. – Ver si se producen por un cambio en la medicación. – Buscar lo que la desencadena, momento en el que se produce. – No negar las alucinaciones, porque para él son reales. – Tranquilizarle acercándose despacio e identificándose, siempre dentro de su campo visual.
M		

O D E R A D A	Agresividad	<ul style="list-style-type: none"> - No gritar, provocar o sujetar. - No pedir explicaciones, ni enfrentarse a él. - Ser simpático y receptivo. - Retirar objetos potencialmente peligrosos. - Buscar contacto visual y acercarte progresivamente. - Si está muy agitado, retirarse para que no te golpee. - Hablar con voz suave y pausada. Preguntarle qué le pasa. - Desviar su atención. - No tomártelo como algo personal.
	Insomnio	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer una rutina, con horarios fijos. - Evitar dormir durante el día. - Hacer ejercicio físico. - Tomar medidas relacionadas con una correcta higiene del sueño. - Si se levanta, acompañarle de nuevo a la cama, tranquilizarle y orientarle.
	Vagabundeo	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminar barreras arquitectónicas que lo impidan, estableciendo un entorno seguro. - Buscar el motivo por el que lo hace y tratarlo. - Buscar contacto visual. - Intentar desviar la atención para que realice otra actividad. Distraerle - Hablarle, intentar calmarle. - No obligarle a sentarse porque se volverá a levantar. - Dejarle andar.
	Conducta sexual inapropiada.	<ul style="list-style-type: none"> - Desviar la atención - No alarmarse, ni castigarle. - Ayudarle a vestirse e ir a un sitio tranquilo. - Ponerle ropa con botones especiales, para que no se los pueda quitar fácilmente. - Tratar de no darle importancia.