

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



HABILIDADES DEL CUIDADOR FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR
CON ALZHEIMER, CHICLAYO, 2019

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

AUTOR

MARJORIE ALEJANDRA MONTERO BENITES

ASESOR

MARY JUDITH HEREDIA MONDRAGÓN

<https://orcid.org/0000-0002-2953-5637>

Chiclayo, 2020

**HABILIDADES DEL CUIDADOR FAMILIAR DEL ADULTO
MAYOR CON ALZHEIMER, CHICLAYO, 2019**

PRESENTADA POR:

MARJORIE ALEJANDRA MONTERO BENITES

A la Facultad de Medicina de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el título de

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

APROBADA POR:

Angélica Soledad Vega Ramírez
PRESIDENTE

Aurora Violeta Zapata Rueda
SECRETARIO

Mary Judith Heredia Mondragón
ASESOR

RESUMEN

Enfermería reconoce en los cuidadores un elemento esencial del sistema de cuidado de salud y les ofrece las herramientas para incrementar la capacidad de afrontamiento, con la finalidad de satisfacer las necesidades de la persona a su cuidado, aprendan a responder a la problemática familiar, mantener su propia salud y fomentar la buena relación cuidador-persona cuidada, reconociendo y estableciendo apoyos formales e informales en el manejo de los sentimientos de inadecuación o culpa y planeando su propio futuro y el de su grupo familiar. La presente investigación fue de tipo cualitativa, con abordaje de estudio de caso, tuvo como objetivos: Describir y analizar la habilidad de cuidado del familiar cuidador del adulto mayor con Alzheimer. Los sujetos de investigación fueron doce cuidadores familiares de adultos mayores con Alzheimer que residen en la provincia de Chiclayo. La muestra se obtuvo por saturación y redundancia, con antesala al consentimiento informado. Para la recolección de datos se usó la entrevista semiestructurada, los datos obtenidos se procesaron por análisis de contenido. Durante el desarrollo de la investigación se consideró y respetó los principios éticos y de rigor científico. Surgiendo como resultados tres categorías: Habilidad para cuidar con sensibilidad, comunicación y afectividad. Autocontrol y paciencia como habilidad en el cuidado. Y habilidades para satisfacer las necesidades básicas. Entre las consideraciones finales se obtuvieron que el familiar asume la responsabilidad de cuidado de su ser querido sin tener los conocimientos y las habilidades necesarias para hacerlo. Los familiares cuidadores obtienen una habilidad de cuidado tipo básica, satisfaciendo necesidades fisiológicas.

Palabras clave: Habilidad (D001076), cuidado, cuidador familiar, Alzheimer

ABSTRACT

Nursing recognizes in the caregivers an essential element of the health care system and offers them the tools to increase coping capacity, in order to meet the needs of the person in their care, learn to respond to family problems, maintain their own health and foster good caregiver-care relationship, recognizing and establishing formal and informal support in managing feelings of inadequacy or guilt and planning their own future and that of their family group. The present investigation was of qualitative type, with a case study approach, had the following objectives: To describe and analyze the care ability of the family caregiver of the elderly with Alzheimer's. The research subjects were twelve family caregivers of older adults with Alzheimer's residing in the province of Chiclayo. The sample was obtained by saturation and redundancy, before the informed consent. For the data collection the semi-structured interview was used, the data obtained were processed by content analysis. During the development of the research, ethical principles and scientific rigor were considered and respected. Emerging as results three categories: Ability to care with sensitivity, communication and affectivity. Self-control and patience as a skill in care. And skills to meet basic needs. Among the final considerations, it was obtained that the family member assumes the responsibility of caring for his loved one without having the knowledge and skills necessary to do so. Family caregivers obtain a basic care skill, satisfying physiological needs.

Keywords: Skill, care, family caregiver, Alzheimer's

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
ABSTRACT.....	4
I. INTRODUCCIÓN.....	6
II. REVISIÓN DE LITERATURA/ MARCO TEÓRICO	9
III. MATERIALES Y MÉTODOS.....	13
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	13
3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
3.3 POBLACIÓN, MUESTRA Y MESTREO	13
3.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN	14
3.5 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	14
3.6 PROCEDIMIENTOS	15
3.7 PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	16
3.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	17
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	19
V. CONCLUSIONES	31
VI. RECOMENDACIONES.....	32
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
VIII. ANEXOS.....	39

I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los años 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, de 11% a 22%. Es decir, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones hacia el medio siglo. En el Perú, la población de adultos mayores, asciende a 796300 personas.^{1,2}

La enfermedad de Alzheimer, pertenece al grupo de enfermedades neurológicas degenerativas, progresivas, crónicas e irreversibles, inicia de manera insidiosa, caracterizada por pérdidas graduales de la función cognitiva, trastornos de la conducta y el estado de ánimo; frecuentemente hace su aparición a los 65 años de edad, después de los cuales la prevalencia aumenta, con una duración entre 3 a 20 años.⁴

La enfermedad de Alzheimer sitúa a los adultos mayores como enfermos crónicos, lo cual conlleva ser un sujeto dependiente, porque el adulto mayor es incapaz de satisfacer sus propias necesidades y cuidar de sí mismo, por lo que es forzado a confiar en el cuidado provisto por otros, afectando su autonomía.⁶

Cuando en la familia existe un miembro con Alzheimer, los integrantes asumen diferentes roles, sin embargo, hay una persona con la responsabilidad directa de cuidar al adulto mayor dependiente, generalmente es una mujer, se le denomina "cuidador familiar", el cual apropiará la función de apoyo o suplencia de las actividades cotidianas.

Al respecto, un estudio realizado con 54 familiares cuidadores en Chile ratifica lo descrito, los encargados del cuidado son mujeres en un 85.1%, y los varones con un 14.8%. En cuanto al parentesco entre el cuidador y la persona cuidada, muestra que la hija asume la responsabilidad del cuidado en un 46,3%, seguido de la esposa con un 20,3%.⁷

De esta manera, el nuevo rol de cuidador asumirá funciones con alto grado de responsabilidad. Este cargo y la responsabilidad en relación con el tiempo y el continuo de las actividades, afecta su entorno inmediato, es decir a la familia, trabajo, y el rol que cumple en la sociedad, generándole un cuadro de estrés, donde se visibilizará la sobrecarga laboral. Y la sobrecarga del cuidador le afecta en el manejo de su rol con habilidad.^{6,7,8}

Cabe mencionar que el aspecto socioeconómico también afecta el proceso de cuidado de una persona. Así, el ingreso mensual del hogar peruano varía entre 650 soles a 3040 soles, el trabajo se vuelve un factor importante en las familias con adultos mayores con Alzheimer, a mayores horas de trabajo mayores ingresos en el hogar. El Alzheimer como enfermedad crónica, en su curso demanda dinero y tiempo en el hogar.²

Así lo evidencia otro estudio al sostener que la mayor parte de los cuidadores familiares se dedican al hogar 59.3% (32), seguidos de trabajadores independiente (20.4%), con ingresos insuficientes 74%, lo cual explica en alguna medida las condiciones económicas. Los familiares que se dedican al hogar no pueden trabajar, y los que trabajan lo hacen en trabajos de medio tiempo, lo que acorta sus ingresos económicos.⁷

La realidad de los países latinos es diferente a la de los países de Europa y Asia, ya que existen Instituciones especializadas encargadas del cuidado de pacientes adultos mayores con enfermedades demenciales, es decir las familias no toman el cargo o el rol de cuidadoras, si no de abastecedoras de insumos para los profesionales que trabajan en ciertas Instituciones.

Esta realidad demuestra que las familias latinas que tienen un familiar con enfermedad crónica tienen la obligación de desempeñarse como cuidadores, pero no cuentan con la orientación requerida⁹, circunstancia que hacen que los cuidadores debiliten su habilidad para cuidar de los adultos mayores, ya que inconscientemente realizan el cuidado en relación con la obligación de hacerse cargo del familiar.^{10, 13}

Por otro lado, las investigaciones llevadas a cabo se han centrado en la frecuencia y clasificación de las enfermedades crónicas como el Alzheimer, pero poco sobre el cuidado que los pacientes merecen. Asumiendo la responsabilidad del cuidado un miembro de la familia, sin preparación, ni la posesión habilidades suficientes para brindar el cuidado al familiar enfermo y evitar consecuencias sobre su propia salud, cuando aflora la sobrecarga.¹⁰

Es por eso que la investigadora se formuló el siguiente planteamiento del problema: ¿Cómo son las habilidades del cuidador familiar del adulto mayor con Alzheimer, Chiclayo, 2019? Y como objeto de investigación: Habilidad de cuidado. Formulando como objetivo. Describir, analizar y comprender las habilidades de cuidado del familiar cuidador del adulto mayor con Alzheimer.

Los resultados de la investigación con visión futurista ayudaran a las enfermeras y a los demás profesionales de la salud a tener un enfoque cualitativo sobre la habilidad de cuidado, y éste será la base para el inicio de nuevas investigaciones que aporten a la disciplina de Enfermería, porque el objeto de estudio no ha sido abordado a nivel nacional y local y de allí su importancia.

Así mismo la investigación contribuirá a reconocer a los cuidadores como un componente esencial del sistema de cuidado de salud y ofrecerles herramientas para incrementar su capacidad de afrontamiento, para que satisfagan las necesidades de la persona dependiente, afronten la problemática familiar, conserven su propia salud y ayuden a fomenten la buena relación cuidador-persona cuidada.¹¹

Es así como esta investigación estuvo sujeta al cumplimiento de la ley para la prevención y tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias Ley N° 30795 publicada por el Congreso Peruano, porque establece que los familiares directos o cuidadores tienen derecho a recibir información especializada, a participar en programas del sector público para fortalecer su propia salud emocional.¹²

En este sentido el profesional de Enfermería es el eje central para ayudar a los cuidadores en el fomento y apoyo de conductas adaptativas como parte de la habilidad de cuidar, no es labor de enfermería asumir un rol de jueces, sino de buscar comprender la realidad de la experiencia de cuidado de la salud humana y apoyar al otro en el crecimiento de su habilidad de cuidado como cuidador.⁸

II. REVISIÓN DE LITERATURA/ MARCO TEÓRICO

La investigación buscó describir las habilidades del cuidador familiar para cuidar al adulto mayor con Alzheimer, teniendo como sustento teórico lo siguiente: para el concepto de Habilidad del cuidado y familiar cuidador a Ngozi Nkongo y Milton Mayeroff, y para Alzheimer, Nancy J. Brown.

Desde el punto de vista filosófico, Waldow, especifica que el cuidar es una forma de vivir, de ser, y de expresarse, frente al mundo, es el compromiso de acompañar a la persona, contribuyendo con su bienestar físico y emocional, conservando la dignidad humana y la espiritualidad.¹⁶

El cuidado va más allá de acciones repetitivas, sobre todo cuando detrás está un ser humano pues a partir de su condición de ser cuidado, es donde se da el verdadero significado al cuidar. El cuidar de un adulto mayor con demencia va a enriquecer totalmente su vida y la del cuidador. Cuando se cuida con humanidad, se protege la dignidad que posee la persona aun habiendo perdido sus capacidades autónomas, porque se le está brindando una ayuda humana que necesita. Para adquirir una habilidad en el cuidado es necesario saber cuál es el verdadero significado que se le está dando a éste.^{17,16}

Se debe agregar que Mayeroff afirma que el cuidado involucra direccionar algo o alguien por interés o preocupación, impulsa una labor para satisfacer, aliviar, ayudar, confortar y proveer el bien para el otro ser. Es por este motivo que se compone en una acción noble y que no siempre tiene el reconocimiento o la comprensión debida. La finalidad del cuidado es algo o alguien que necesita ayuda (atención, cariño, apoyo, etc.).¹⁸

Desde siempre, cuidar en el hogar a personas dependientes, ha sido una labor asumida por la familia y principalmente por las mujeres que la componen. La dependencia de otro no de un día para otro, en esta situación una enfermedad crónica degenerativa como el Alzheimer sitúa a la persona en esta condición, imponiéndole la necesidad de recibir cuidados provistos por otros.^{20,21}

El avance teórico de la habilidad de cuidado nace a partir de los cuidados holísticos de Mayeroff, los representa como una forma de interrelacionarse y favorecer su desarrollo, e

identifica ocho características principales del cuidado: conocimiento, ritmos alternados, paciencia, sinceridad, confianza, humildad, esperanza y coraje.²³

Coincide Nkongho, al explicar el significado habilidad de cuidado como la competencia de ayudar a otros a crecer dentro de un proceso de relación mutua que implica desarrollo. Para saber cómo los cuidadores familiares aprenden a cuidar, es necesario conocer las características propias de dichos cuidados: qué cuidados prestan, en qué contexto se desarrollan y con qué tipo de recursos cuentan, además es necesario visualizar las características del cuidador familiar tales como: fortalezas, valores y creencias, entre otros.²³

Cada persona se siente y comporta de forma distinta en múltiples relaciones con los demás, para lo cual es necesario comprender quién es la persona que se va a cuidar, sus necesidades, fortalezas y debilidades; incluye conocer sus propias virtudes y limitaciones para conocerse a ellos mismos y al otro, esto involucra el conocimiento de las creencias y valores, porque estas apoyarán las determinaciones que se asuman durante el proceso de cuidado para lograr un verdadero cuidado recíproco y trascendental, cuyo resultado final será un crecimiento mutuo entre el familiar cuidador y el adulto mayor con Alzheimer.^{24,22}

Entonces entre las habilidades esenciales del cuidado son el conocimiento, el valor y la paciencia, valores que hacen desarrollar las dimensiones de un cuidado con habilidad. La paciencia es un componente prioritario en la adquisición de habilidad de cuidado, dando tiempo y espacio para la autoexpresión y exploración e incluye el grado de tolerancia ante la desorganización y problemas que limitan el crecimiento de sí mismo y de otros".²³

Cuidar a un adulto mayor con Alzheimer no es nada fácil, el desarrollo de la enfermedad y los continuos síntomas, hacen que el familiar cuidador pierda la paciencia, porque el cuidado se vuelve cada vez más tedioso, cansado, repetitivo y en ocasiones hasta violento, estas características van a causar una mala relación con la persona afectada. La paciencia involucra una relación directa con el otro, es comprender su situación, sus sufrimientos, respetarlo como ser único, con sus propias actuaciones, pensamientos y sentimientos propios, siempre con tolerancia y espera en el tiempo, para obtener resultados fruto de esa entrega de cuidado.¹⁹

Otro componente prioritario en la adquisición de la habilidad de cuidado es el valor, cuando la dirección del crecimiento y su resultado se desconoce, éste se obtiene de experiencias del pasado, se considera la sensibilidad para estar disponible a las necesidades de la persona, además contempla en las experiencias vividas con el cuidador familiar, el hecho de tomar la decisión de cuidar o de asumir esta obligación.²³

No es fácil para nadie enfrentarse a lo desconocido, al hecho de que alguien cercano empieza a depender de otros para vivir, o el hecho de enterarse que padece Alzheimer, sin el conocimiento de cómo va a desarrollarse esa enfermedad, el familiar cuidador no es consciente de que es el miembro de la familia sobre el que va a recaer la mayor parte del esfuerzo y responsabilidad del cuidado y que esta situación podría mantenerse durante años.^{20,23}

El adulto mayor dependiente con Alzheimer requiere de una persona que le asista en sus labores y le brinde cuidados asistenciales básicos; a esta persona se le llama cuidador. En la mayoría de casos registrados este cuidador posee un vínculo familiar o afectivo, comprometido con la responsabilidad del cuidado, éste participa activamente en todas las decisiones concernientes a las conductas de la persona cuidada. El cuidador familiar representa la solución del problema entre el déficit de autocuidado del adulto mayor e imposibilidad de toma de decisiones, sin que se haya llegado, a un acuerdo explícito entre los miembros de la familia.²¹

Kongho afirma que el cuidador se identifica como aquel familiar reconocido como primordial agente que da asistencia básica a los pacientes en su condición de enfermedad crónica, asumiendo las principales decisiones sobre su cuidado.²³

Un cuidador familiar que no posee habilidades para ejercer el cuidado afectará el proceso de adaptación normal al rol, la carencia de éste provocará una sobrecarga del cuidador familiar, y con él problemas físicos, mentales y socioeconómicos que afectan sus actividades de trabajo, descanso, relaciones sociales, su equilibrio emocional y su libertad.²³

La carga que experimenta el cuidador es multifactorial, se ven afectados factores emocionales, físicos, económicos, actitudes del cuidador hacia la persona cuidada y la relación que se establece entre ambos. Una forma equilibrada para Una de las formas más equilibradas

y funcionales para enfrentar las condiciones adversas que plantea la labor del cuidado en el hogar, radica en conocer y adquirir habilidad para el cumplimiento del rol de cuidador.¹⁴

En efecto la enfermedad de Alzheimer es el tipo de demencia más frecuente, grave como para producir deterioro del desempeño de funciones cognitivas y físicas. Esta enfermedad evoluciona por fases o etapas definiéndola como una enfermedad con cambios lentos, así el cuidado a realizar estará determinado por la fase de la enfermedad y los síntomas que presente. Existen tres fases: Fase temprana, fase media y fase tardía.^{21, 24}

En la fase temprana de la enfermedad los síntomas pueden pasar inadvertidos a los familiares o amigos, hay pérdida gradual de la memoria a corto plazo, se presenta confusión sobre las orientaciones y toma de decisiones, y podrían desubicarse y perder si salen a la calle.²⁴

La fase media de la enfermedad abarca la más prolongada, durante esta fase aumenta la pérdida de memoria y la confusión, el adulto empieza a tener dificultad para reconocer familiares y a los amigos más cercanos. Se desarrolla una alteración de la conducta, se da el vagabundeo, el adulto empieza a caminar sin sentido ni dirección, olvidan a dónde van y no pueden encontrar el camino de regreso. Se presentan alucinaciones, ideas delirantes o ilusiones, e incluso pueden vestir de forma inadecuada, a veces llevando la ropa interior encima de la ropa de calle.²⁴

En la fase tardía el paciente está desorientado en cuanto al propio yo y a la familia, la comunicación se vuelve un problema porque el habla puede carecer de sentido, el adulto pierde la capacidad de realizar sus autocuidados e incluso pueden olvidar cómo usar un cepillo de dientes, otra característica es la hiperoralidad, es decir se revierten a la conducta infantil. Se hacen totalmente incontinentes, olvidan cómo deglutir, e incluso son susceptibles a atragantamientos. La culminación de esta fase, por supuesto, es la muerte.²⁴

III. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación fue cualitativa, se exploró a profundidad la complejidad inherente de fenómeno de estudio, siendo este la “habilidad de cuidado.”^{26,27}

3.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El enfoque de esta investigación se dio a través del estudio de caso, éste es una forma de abordar un hecho, fenómeno, acontecimiento o situación particular de manera profunda y en su contexto.

Según Ludke³⁰ el estudio de caso se constituyó en 3 etapas: La primera abierta, en esta etapa la investigadora acudió al campo de estudio para explorarlo; la segunda fue la sistemática o delimitación del estudio, la investigadora procedió a la recolección de datos haciendo uso de la técnica de entrevista semiestructurada; y la tercera y última fase fue la de análisis e interpretación de resultados y la elaboración del informe.

Esta investigación se dirigió al estudio del fenómeno las habilidades de los cuidadores familiares y su relación con una enfermedad como el Alzheimer, y los formó como una unidad que responde al planteamiento del problema. La habilidad que desarrolla un sujeto se demuestra objetivamente, es decir se puede observar mediante las actividades que desarrolla el sujeto en su contexto, sin embargo, las dimensiones que construyen la habilidad son subjetivas, el valor, la paciencia y el conocimiento se obtienen de las experiencias de los sujetos, lo que las convierte en fenómenos descriptivos.^{27, 28}

3.3 POBLACIÓN, MUESTRA Y MESTREO

Los sujetos de esta investigación fueron conformados por los cuidadores familiares de los adultos mayores diagnosticados con Alzheimer, que viven en la provincia de Chiclayo; la muestra fue no probabilística, se obtuvo a través de la técnica bola de nieve, donde se identificó al primer sujeto a través de una cadena de referencia, que nos llevó a los demás participantes,

creándose así una muestra de tamaño suficiente. La bola de nieve se usa con frecuencia para acceder a poblaciones de baja incidencia y a individuos de difícil acceso por parte del investigador.

La muestra fue de 12 cuidadores familiares, se obtuvo por saturación y redundancia, la muestra fue suficiente cuando la información alcanzó la saturación, es decir, cuando los datos se repetían, eran redundantes y no aportaron aspectos nuevos, o cuando la investigadora logró la total comprensión del fenómeno de estudio. El muestreo fue intencional, no probabilístico, es decir fue de acuerdo a la accesibilidad y criterio del personal del investigado. El escenario estuvo constituido por los domicilios de los sujetos de investigación, se seleccionó este escenario por la disponibilidad de los cuidadores familiares, y, además, fue este contexto donde los cuidadores expresaron al máximo sus malestares y logros durante el proceso de cuidar para obtener las habilidades para hacerlo, se sintieron cómodos en la intimidad de su hogar, pudiendo así ofrecer datos verídicos y sinceros.

3.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

Cuidadores familiares entre 18 años a 70 años con vínculo sanguíneo directo, con cualquier grado de instrucción, que tengan como mínimo 6 meses de cuidado a su familiar con Alzheimer en cualquiera de sus etapas.

Criterios de exclusión

Cuidadores familiares con alteraciones cognitivas, con alteraciones de lenguaje, problemas auditivos y familiares que participen en la prueba piloto.

3.5 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizó la entrevista semiestructurada para el recojo de la información, las preguntas estuvieron dirigidas a las dimensiones que abarca el objeto de estudio que en este caso es la habilidad de cuidado, ayudó a comprender, a través de las propias palabras de los cuidadores familiares entrevistados, las perspectivas, situaciones, problemas, soluciones, experiencias que

tienen respecto a sus vidas, a los de sus familiares con Alzheimer y al cuidado que brindan. (Anexo N°1).^{29, 25, 30}

Las preguntas se formularon siguiendo los enunciados de los objetivos específicos del estudio, pero a medida que avanzó la entrevista se añadieron nuevas preguntas de profundización, cada participante se tomó su tiempo en responder, oscilando el tiempo de duración de cada entrevista entre 50 – 60 minutos.

La guía de entrevista fue diseñada teniendo en cuenta la confidencialidad de datos personales y la aprobación del sujeto de investigación. Así mismo, se utilizó como instrumento de registro la grabadora para el desarrollo de las entrevistas, la grabación permitió al investigador almacenar todo el material y los fenómenos tal cual refiere el sujeto.

Cabe resaltar que el instrumento fue validado y aprobado por el juicio de 3 expertos en el tema, con grados académicos de Maestría y Licenciatura, con experiencia profesional en el área asistencial, con especialidad en geriatría, de investigación y docencia.

Así mismo la investigadora logró la validación del instrumento, mediante la ejecución de una prueba piloto, que se realizó con 2 cuidadores familiares de adultos mayores con Alzheimer que cumplieron con los criterios de inclusión antes mencionados.

3.6 PROCEDIMIENTOS

Se inscribió el proyecto de investigación en el catálogo de tesis de la Escuela de Enfermería de la USAT, y con la respectiva aprobación del Comité Metodológico (jurado) de dicha escuela, luego se presentó el ejemplar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina, para su aprobación. Se recibieron algunas sugerencias del comité antes mencionado, las cuales se levantaron en conjunto con la asesora y fueron enviadas para la evaluación correspondiente. Posteriormente la investigadora recibió la constancia de aprobación del estudio y agilizó el procedimiento para el sello de los respectivos instrumentos a utilizar en la investigación.

El acceso al escenario inició desde el 12 de marzo del 2019, se identificó a 2 sujetos a través de una red de recomendaciones, que contaban con los criterios de inclusión, se contactó

de manera informal y presencial con ellos, la investigadora se presentó y se les explicó los objetivos de la investigación y la importancia de la lectura y firma del consentimiento informado, posteriormente se pactó el día y hora para la realización de las entrevistas. La prueba piloto se ejecutó el 15 de marzo del 2019 en el domicilio respectivo de cada participante. Cabe resaltar que la validación del instrumento a través de la prueba piloto, no dio lugar a la modificación de las interrogantes de la guía de entrevista.

Una vez validada la guía de entrevistas, se procedió a la recopilación de los datos, se identificaron los sujetos de investigación mediante la información y recomendación que brindaron los sujetos antes contactados, cada sujeto brindó la información de uno o dos sujetos más, hasta que se lograron entrevistar a 12 cuidadores familiares, éstas entrevistas se recopilaron desde el 25 de marzo del 2019 hasta el 05 de mayo del 2019, la mayoría de entrevistas fueron recolectadas en horario nocturno, ya que se pactaron los horarios, según la disponibilidad de los sujetos y la investigadora. Es importante mencionar que todos los sujetos de investigación firmaron el consentimiento informado con sus nombres y documentos de identidad, y autorizaron se guarde la base de datos obtenida en un periodo de 2 años, así mismo aceptaron la creación de un directorio con sus datos respectivos, explicándoles que esta información sólo la manejará la investigadora, resaltando y corroborando la confidencialidad descrita en el consentimiento informado. Toda la información obtenida fue guardada en una grabadora de voz con el consentimiento del sujeto de estudio.

Finalizando la recolección de datos, las entrevistas fueron escuchadas por la investigadora y asesora del estudio, pasando a redactarse cada entrevista en el programa de Microsoft Word 2016. Finalmente, los discursos obtenidos fueron procesados y analizados a través del análisis de contenido, esto permitió la obtención de categorías y subcategorías como resultados, para la sustentación del informe final.

3.7 PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El análisis que se utilizó en esta investigación es el análisis de contenido, consta de las siguientes fases:²⁸

1. Pre análisis: Constó de la revisión exhaustiva de material bibliográfico, de esta manera la lectura permitió una indispensable familiarización del investigador con el contenido o fenómeno a estudiar. Progresivamente la lectura se hizo más precisa: el investigador pudo identificar múltiples teorías sobre el desarrollo del fenómeno. Todo esto se desarrolló teniendo en cuenta los objetivos y los alcances de la investigación.

2. Formación del sistema categorial: En esta fase los documentos fueron desglosados en unidades de significación, que luego fueron clasificados en categorías definidas. Se agruparon en estas categorías las unidades de información que se fueron extrayendo de la revisión bibliográfica. Las categorías estuvieron estrechamente relacionadas con el desarrollo del objeto de estudio, permitiéndole describirlo.

3. Codificación: Se utilizaron números y/o denominaciones en los párrafos de las entrevistas para revelar su similitud, luego se organizaron por semejanzas en categorías y subcategorías, el resultado de este proceso fue la develación del objeto de estudio

4. Análisis e interpretación: Durante esta fase se efectuó el análisis de los resultados encontrados después de todo el proceso antes mencionado, donde se obtuvo las conclusiones y consideraciones finales, dándose a conocer el objeto de estudio.

3.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Además, en esta investigación se consideraron los criterios de la ética personalista de Sgreccia.³¹

EL principio de respeto a la vida se puso en práctica informando y garantizando a los cuidadores familiares participantes que todo el aporte o información que ellos nos proporcionen, no infringió ningún daño y que no fue en ningún momento utilizado en su contra, así mismo se estableció con el familiar una relación de respeto y confianza.

Los sujetos fueron informados sobre todo lo concerniente a esta investigación y sus ventajas, por lo tanto fueron conscientes que la participación fue libre y voluntaria, las entrevistas fueron grabadas para lo cual se le tomó el consentimiento al familiar participante para que permita que dichas grabaciones sólo sean utilizadas para la investigación, en caso de

que algunas de las personas decidan no continuar antes del término de la entrevista, se aceptó con respeto a su decisión, siempre se tuvo en cuenta que pudo tener la libertad de elegir.

Se llevó acabo teniendo en cuenta que, los resultados fueron dados a conocer a los familiares y profesionales de la salud, además de ser publicados en eventos científicos tanto locales, regionales e internacionales si fuera posible.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La investigación buscó describir, analizar y comprender las habilidades de cuidado que poseen los cuidadores familiares del adulto mayor con Alzheimer. Esta fase contiene el análisis de los datos que se obtuvieron a partir de las entrevistas aplicadas a los cuidadores familiares. El proceso de análisis de contenido se llevó a cabo obteniendo como resultado tres categorías que permiten develar el objeto de estudio

Primera categoría: ***LA HABILIDAD DE CUIDAR CON SENSIBILIDAD, COMUNICACIÓN Y AFECTIVIDAD***, incluye la sensibilidad que posee el cuidador familiar para estar abierto a las expresiones de las necesidades del adulto mayor con Alzheimer, a interpretarlas y responder a ellas con gestos y señales de amor, y a contemplar la decisión de cuidar motivado por la afectividad de las experiencias vividas en el pasado con su familiar.

Segunda categoría ***AUTOCONTROL, PACIENCIA, Y VIOLENCIA EN EL CUIDADO***, explica que el cuidador familiar debe dar tiempo a la autoexpresión en el cuidado, comprendiendo la situación, sufrimientos y respeto hacia la persona en cualquiera de las actuaciones y circunstancias, el grado de tolerancia que posee el cuidador en las situaciones de crisis y problemas, y el ofrecimiento de brindar tiempo para participar en el cuidado.

Tercera categoría: ***HABILIDAD PARA CUIDAR EN LAS NECESIDADES BÁSICAS***, incluye conocer quién es la persona que se cuida para así saber responder a las necesidades que éste necesita y cuidar para satisfacerlas, incluye también conocer las limitaciones de la persona a cuidar, sólo así se podrá cuidar de manera integral.

CATEGORÍA I: HABILIDAD DE CUIDAR CON SENSIBILIDAD, COMUNICACIÓN Y AFECTIVIDAD

La sensibilidad es la capacidad que poseen los seres humanos para apreciar y comprender el estado de ánimo, el modo de ser de las personas y la naturaleza, para actuar correctamente en beneficio de los demás. No se manifiesta sintiendo pena o disgusto por lo que le pasa al otro, ser sensible significa más que un estado de ánimo, es permanecer alerta de todo lo que ocurre a nuestro alrededor, es interés, preocupación, colaboración y entrega generosa hacia los demás³². Tal como lo manifiesta el siguiente discurso:

“yo al verlo a mi papito, me siento feliz, contenta de verlo, me tengo que sentir así porque si no le voy a transmitir lo negativo, si me siento triste o de mal humor él lo va a percibir y se va a poner peor” C05

Se evidencia a través de los discursos la preocupación e interés que tienen los familiares cuidadores en función al bienestar emocional y confort físico que deben sentir los adultos mayores, catalogados como personas vulnerables debido a su condición de salud. La cuidadora busca en este último análisis, mantener la integridad del ser vulnerable, independiente de su condición, sea esta de cura, alivio o en fase terminal.³³

La sensibilidad del cuidador a las comunicaciones del paciente es un componente positivo a la habilidad del cuidador principal, enseña a estar alerta a las señales comunicativas del paciente, interpretarlas adecuadamente además responderlas pronta y correctamente.^{34, 35} Así como se refiere en el discurso:

“Descansaba un poquito quejumbroso, posiblemente le dolía su espaldita, le puse su colchón anti escaras, hasta el momento ya tiene como 7 meses con el colchón anti escaras y no tiene ninguna escara ni dolor, limpiecita su piel, para que te des cuenta que cuando se tiene cuidado como se tiene que ser, el paciente no presenta esas cosas de escaras” C03

Ante la condición vulnerable del paciente con Alzheimer, es necesario que el cuidador familiar desarrolle su sensibilidad externa a través de los sentidos, percibiendo los pequeños detalles que estén alterando el bienestar emocional o físico del paciente⁽³³⁾. Tal como se describió anteriormente en el marco teórico los síntomas de la enfermedad de Alzheimer ubican al adulto mayor en tres fases, donde los síntomas se vuelven graduales con el tiempo, pierden poco a poco las facultades humanas, pudiendo quedarse incluso sin habla o desorientados³⁶. Es aquí donde la persona que cuida debe aprender el arte de comunicarse a través de gestos o sonidos, el desarrollo de esta cualidad también se llama comunicación sensible.³⁴

“Yo ya sé cuándo mi mamita tiene hambre, sueño y está de mal humor, son diferentes estados de ánimo que yo puedo percibir a través de sus quejidos o sus muecas o su mirada, eso lo he aprendido con el tiempo que paso cuidándola” C07

Otro empleo del vocablo sensibilidad es para referir la facultad de experimentar sensaciones, físicas o morales, a partir de causas externas o internas, que producen sentimientos y estados

afectivos; se asocia a la piedad, la ternura y la religiosidad³⁷. Ésta facultad de experimentar, es producto de una relación recíproca y coordinada donde ambos interlocutores, adulto y cuidador, están en una relación de cooperación y sintonizada.³⁴

“A veces lo que hago es levantarlo, le digo como has amanecido como estas, me dice que bien y a veces me dicen que mal que se siente mal, cuando está muy renegón oramos juntos, papito vamos a orar por que ya amaneció un nuevo día y hay que agradecerle a dios que diosito te está protegiendo, mira papito ya estamos en tal fecha en tal mes y ya le digo papito voy a ver a alguien que nos apoye y me esperas un ratito para prepararte el desayuno y luego le doy y me acerco y le digo mira papito y le voy contando que es, y le digo te gusta y me contesta que sí que esta rico y así sucesivamente.” C05

La sensibilidad permite también demostrar y sentir estados afectivos, se evidenció anteriormente que el cuidador familiar demuestra a su paciente sentimientos de amor al hablarle y realizarle los cuidados, religiosidad, mencionando a Dios y la importancia de la oración³⁷. En la relación cuidador adulto mayor por medio de los aspectos verbales o no verbales de la expresión emocional.³⁴

El vínculo es el lazo emocional que une al cuidador con el adulto mayor: no es observable, sino que se infiere a partir del comportamiento. Dentro de los patrones de comportamiento que el cuidador utiliza para la aproximación con su paciente a cargo son las muestras de afecto debido al vínculo sanguíneo que los une.³⁸

El vínculo afectivo entre el cuidador y el paciente es relativamente perdurable en el que el otro es importante como un individuo único y no intercambiable con el que se quiere mantener cierta cercanía, el cuidador familiar siente un vínculo afectivo debido a las experiencias vividas con el paciente tiempo atrás, esas experiencias han formado un sentimiento de reciprocidad: “te cuido porque te amo” o “te cuido porque tú me cuidaste”, este sentimiento prevalece en vínculos materno filial^{38, 39}. La principal función del vínculo es proporcionarle protección y seguridad al paciente a través de la cercanía para mantener la supervivencia. Así lo evidencian los siguientes discursos:

“Somos varones los 3 y sentimos que ella está protegida, ella desde muy pequeños nos enseñó a trabajar a mantenernos de pie y nosotros lo practicamos con ella,

ahora los 3 hacemos de todo, planchamos cocinamos y lavamos, todo por ella”C10

“Yo estoy muy agradecida con él porque yo me acuerdo que mi papito me enseñaba cuando yo era estudiante, me enseñaba matemáticas de unos libros gruesos y el me mando al extranjero a estudiar, veía que yo era una buena alumna”C04

“Yo siento satisfacción, la entrega que dio mi madre porque fue la única que nos cuidó cuando nacimos, entonces yo siempre trato de darle con amor si ella me dio yo le devuelvo.” C02

“A veces me siento agotada, las fuerzas ya no me dan, pero al mismo tiempo tengo que seguir adelante porque es mi madre yo la quiero y el señor sabe por qué y hasta cuándo va a ser, a veces me rindo, pero al mismo tiempo pienso y digo que tengo que seguir luchando hasta que dios diga hasta aquí nomas”C11

Cuando el cuidador familiar posee un vínculo directo con el adulto mayor dependiente, como en el caso de parejas e hijos, se tiene presente que los cuidados no se realizan a partir de una obligación, tampoco se afrontan como un deber moral, al contrario los cuidados forman parte del cariño y respeto que por propia naturaleza nacen gracias a este vínculo⁴⁰. Lo más importante es que se hable del cuidado como “carga” o sobreesfuerzo, sino como relación familiar sin más³⁸. Esto se ve reflejado en los siguientes discursos:

“Ella ha sido padre y madre para nosotros entonces me hallo en la responsabilidad de salir adelante por ella. Hasta lo último así tenga que hacer cualquier cosa.” C11

“Me satisface cuidarla, no porque tenga lástima, sino que es mi deber como hija, he pasado muchas cosas con mi mamita, me ha cuidado a mí y a mis hermanos y estoy en la obligación de cuidarla y no solo la cuido yo, somos tres y los tres somos quien cuidamos a nuestra mamita.”C01

“Nadie me enseñó, yo creo que por amor y por devolverle a la persona todo lo que te ha dado eres capaz de aprender a hacer cualquier cosa y así lo veo yo, nadie me enseñó, yo tengo mis 2 hijos y a los 2 más mi abuelita los cuido igual, siento que los 3 son mis bebés y los amo a los 3.” C12

Por otra parte, sólo un hijo o una pareja que ha compartido por muchos años un amor conyugal, conocen las necesidades y fortalezas del adulto dependiente, saber qué es lo que más le conviene, con qué disfruta y otras peculiaridades que pueden hacer más llevaderos los cuidados que dejarlos en manos de otra persona.³⁹

Otros familiares como hermanos, sirven de fuertes pilares para participar del cuidado de la persona dependiente al igual que en los casos anteriormente descritos. Sea quien sea el cuidador de la rama familiar se tiene en cuenta que el estado de dependencia es complicado, se necesita dedicación y afrontamiento. Aquí se desarrolla el compromiso, cuidar afrontando una responsabilidad y poniendo de parte propia, asumir el cuidado por convicción⁴¹. Se evidencia en el siguiente discurso:

“No me siento mal, es mi hermana tengo que cuidarla, es más cuando me llamo mi sobrina para atenderla yo, yo sabía que tenía que cambiarla lavarla, era mi hermana y ella me necesitaba. yo la quiero es mi hermana mayor, me siento comprometido con ella.” C08

Se concluye afirmando que la sensibilidad y la afectividad son parte importante del desarrollo de habilidades para cuidar, un adulto mayor es una persona vulnerable que necesita de cuidados sensibles, guiados por amor y afectividad, más no por obligación o carga.

CATEGORÍA II: AUTOCONTROL, PACIENCIA Y VIOLENCIA EN EL CUIDADO

Nkongo²³ afirma que la paciencia permite al cuidador brindarle el tiempo y espacio necesario al adulto mayor dependiente para su autoexpresión, en este proceso se incluye un grado de tolerancia, ya que en muchos casos surgen problemas que causan desorganización en el cuidado y limitan el crecimiento de sí mismo y de los demás.

Cuidar de un adulto mayor con Alzheimer no es nada fácil, el desarrollo de la enfermedad y los continuos síntomas, hacen que el familiar cuidador pierda poco a poco la paciencia, el cuidado se vuelve cada vez más tedioso, cansado, repetitivo y en ocasiones hasta violento, estas características van a causar una mala relación con la persona adulta a su cuidado. Los familiares cuidadores manifiestan malestar, cansancio, desinterés, agotamiento y en el peor de los casos agresión.

La pérdida del grado de tolerancia y paciencia en el cuidado se estrecha al desarrollo de un ambiente violento, un tipo de violencia intrafamiliar, de cuidador a persona cuidada. Si bien es cierto existen muchas causas que generan el desarrollo de violencia intrafamiliar a un adulto mayor, sin embargo, en este tema la violencia es generada por el estado mental del adulto mayor y la cronicidad de los síntomas de la enfermedad de Alzheimer.

La violencia se ve reflejada por el maltrato físico, es una conducta destructiva hacia una persona se da en una relación que expresa confianza, se da en cierta intensidad o frecuencia para que pueda producir efectos nocivos de carácter físico, psicológico, social, sufrimiento, lesión, dolor, pérdida o violación de los derechos humanos y disminución en la calidad de vida de la persona mayor.

La persona es un ser complejo y la vez impredecible, pero al mismo tiempo débil ante ciertas circunstancias que no le permiten diferenciar entre el bien o el mal, las situaciones de ira, cólera, pérdida de paciencia generan que el cuidador se vuelva débil y responda irracionalmente con violencia hacia el adulto mayor. Tal como se evidencia en los siguientes discursos:

“Cuando alguien te muerde, te pellizca tú tienes una reacción, porque te están agrediendo, puede haber un momento en el que, si vas a reaccionar, de repente le das un manazo o le doy en el poto. No mamá no me muerdas, tú dices pues es tu madre, pero te está doliendo lo que te está haciendo, ¿cómo reaccionas?, no le vas a tirar, le vas a romper la cabeza, tú tienes que ver la manera de cómo corregirla, ¡entonces le das un plum!, tampoco le vas a meter un manazo que la hagas que se prive todo un día, pero si respondes” C02

“...te soy sincera que también tengo por dentro rabia, porque yo quisiera sacarle la mugre porque ella me está pegando, me está agrediendo, pero me controlo un poco, pero hay momentos como te digo que si le he dado no para que lllore ni nada sino para que reaccione, pero luego yo le pido perdón porque es mi madre, así no me entienda, porque así me siento mejor yo para seguir.” C04

Por otro lado, hay teorías que fundamentan el maltrato a adultos mayores, entre ellas:

Teoría del aprendizaje social o de la violencia transgeneracional; indica que la violencia se aprende; de este modo, es probable que niños maltratados cuando crezcan se

conviertan en maltratadores de sus padres o que los niños que perciben violencia de algún familiar en casa, lo repiten cuando sean adultos y es probable que sean violentos con sus padres.

Teoría del cansancio/ estrés del cuidador; establece que el maltrato y la negligencia con el anciano aparecen cuando los factores estresantes, tanto externos, como relacionados directamente con el cuidado, superan un determinado umbral en el cuidador.

Teoría de la dependencia; la fragilidad funcional (pérdida de autonomía) y la enfermedad (enfermedades crónicas y alteraciones cognitivas, como el Alzheimer) son condiciones de riesgo para que se dé el maltrato.

Se evidencian las Teorías del maltrato físico del adulto mayor en los siguientes discursos:

“Tenemos que amarrarle las manos para que no se haga daño, por más que le corto las uñas, se rompe la ropa se saca las medias, el pañal, ya se acostumbró que le amarremos las manos, es como un bebé...”

“...Cuando mis hijas la cuidan también le tienen que amarrar las manitos...” C06

“Cuando le da sus crisis y grita todo el día y en las noches no te deja dormir, este el mismo malestar, las traspasadas y todo eso te hace cambiar de carácter, te pone de mal humor, le he gritado es verdad, la he manoteado como niña chiquita y he vivido toda la mañana todo el día con el mal humor de que se calle o de ojalá se callara.” C01

“Si le dan las crisis que empieza a sacar todo, la colcha la sabana y quiere romperla y si yo por ejemplo me voy por algo a traerle cuando regreso ya ha roto la almohada y ya todo lo ha desparramado, el forro y el relleno de la almohada hay días en las que el colchón lo quiere romper, ya ha roto colchones, ya van 3 veces que le voy comprando, con las uñas por más que le corto chiquitas chiquitas y los rompe.” C11

Se llega a concluir según el autor citado que cinco de doce cuidadores familiares refirieron haber experimentado violencia en forma de maltrato físico al adulto mayor por pérdida de la paciencia, mostrando actitudes y comportamientos violentos y poco adecuados, todo debido a las crisis violentas que presentan los pacientes con Alzheimer donde manifiestan síntomas de pérdida de razonamiento.

Durante la relación del estudio también se evidenció que cierta cantidad de cuidadores desarrollaron la paciencia como una habilidad dentro del cuidado, la paciencia forma un papel fundamental en la realización de su cuidado. Un significado claro de paciencia es saber esperar en el tiempo la autorrealización del otro en el proceso de cuidado.

Si respondemos con paciencia y espera ante una crisis o una situación difícil, el resultado es diferente, ya no se responde violencia con violencia, y el cuidado se hace más llevadero. Esto se evidencia en los siguientes discursos:

“Cuando hace algo mal nos reímos, al menos me río, le hago entender a ella que lo que ha hecho está bien para ella que no me molesta que parece bebida , le digo has retrocedido mamita o le digo : Doña Nechito que ha hecho doña Nechito y ella se ríe.” C01

“Pues la forma en cómo se altera en cómo te insulta te dice cosas que no esperas de una mamá, pero son cosas que pasan, por lo mismo de su enfermedad. Yo creo que como todos hemos sentido que a veces lo que hago es no decirle nada y me voy y me encierro en mi cuarto y ya le pasa cuando se pone a leer su biblia” C07

“Si le da crisis cuando la cambiamos veces se pone la ropa al revés y le ayudamos y se molesta, cuando ya no quiere comer igual se enoja, grita, nos regaña y habla muchas cosas, la dejamos que grite desfogue, pero jamás le gritamos.” C10

“A veces ella no duerme toda la noche durante las crisis, habla incoherencias, y yo trato de dormir, a veces no me deja dormir, se monta encima, me coge la cabeza, ella no duerme se le quita el sueño y ya no me deja dormir, entonces yo ya prendo la luz y me siento hasta que nos da sueño a las dos” C11

Se evidenciaron claramente los dos lados del desarrollo y pérdida de paciencia durante el acto de cuidar y se está de acuerdo con los autores que reflejan que la paciencia es un pilar importante para llevar el equilibrio entre cuidador- cuidado y persona cuidada. Cuatro de doce cuidadores evidenciaron sentir tolerancia, respeto y comprensión del estado del paciente, refiriendo que entienden su comportamiento ya que es debido a la enfermedad de Alzheimer. Es necesario compartir esta habilidad para obtener mejores resultados en la familia cuidadora.

TERCERA CATEGORÍA: HABILIDAD PARA CUIDAR EN LAS NECESIDADES BÁSICAS

El origen de la vida es una característica que forma parte del cuidado, al igual que la dignidad que conlleva al respeto y al bienestar, por lo tanto, el cuidado humano implica ayudar a la otra persona a crecer, contemplando siempre la importancia del principio de autonomía y sus propios valores.

Se considera también que el cuidado humano significa, compasión, aprecio, empatía, conocimiento de sí y de otros; significa ser capaz de sentir, desde adentro, lo que la otra persona siente, determinar lo que requiere para crecer, y conocer qué le hace falta para que tenga un estado de bienestar absoluto como ser humano.

La vida del cuidador se organiza en función del enfermo, y los cuidados tienen que hacerse compatibles con las actividades de la vida cotidiana. Incluso en ocasiones, especialmente en la enfermedad de Alzheimer, todas las atenciones se adaptan según el enfermero que se atiende, cada cuidador tiene su estilo, su forma de cuidar, su horario y hasta su habilidad para hacerlo incluso en las situaciones más cotidianas posibles como alimentación, baño y medicación.

El familiar cuidador adapta su modo de vida, reorganizándose de tal modo que pueda cumplir no sólo con el rol que toma en la familia, sino principalmente como el de satisfactor de necesidades humanas básicas. Así se evidencia en los siguientes discursos:

“Le damos su comida 5 veces al día como le dije 8 de la mañana , 10 de la mañana , 12 del medio día 3 de la tarde y 6 de la tarde, le damos de todo, el doctor dijo que tenía que tener una dieta pero le damos de todo para tenga energía, ella pide comida porque tiene hambre, la siento así como un bebido y le doy sus comidas pero siempre viendo si no se ahoga, empieza a toser y me da miedo por eso tengo que tener paciencia cuando le meto la cuchara a la boca espero como 5 minutos para meterle otra cucharada nos demoramos como 1 hora y media para darle un platito, lo que si debo cerciorarme que termine toda su comida ella tiene buen apetito y no deja nada en el plato.” C01

“En la mañana se toma un buen plato de ensalada de frutas con miel de abejas y algarrobina, o si no come huevos, no come pan, en el almuerzo bastantes verduras, en la cena es lo mismo, porque tiene que tomar medicamentos y sin

alimentos en el estómago no puede tomar sus pastillas, sin medicamentos no puede dormir. Le doy sus alimentos con cuchara a veces le alcanzo su plato y ella sola come, pero cuando no quiere hay que darle, una vez tuvimos que forzarle con biberón de ensure.” C02

“Ella toma en las mañanas su leche, en el almuerzo su sopita ya sea de pollo, pescadito, o gallinita, su plátano sancochado, la arracacha sancochada, en la noche toma su biberón de leche, con eso ella se mantiene. En su comida le doy batido, cuando no recibía nada con cañita pero bien licuadito, luego comenzó a comer ya comencé a darle bien batido” C03 C04 C05

Los cuidadores manifestaron asistir a sus pacientes con Alzheimer en las necesidades básicas comunes como alimentación, sin embargo, cada uno lo hace de diferente manera y con diferente habilidad y conocimientos.

El cuidado del cuerpo del adulto mayor está también dentro de las acciones primordiales que realiza el familiar cuidador, otro hecho importante es la importancia del cuidado en la higiene y baño personal. La higiene es parte del autocuidado, como un adulto mayor con Alzheimer ya no tiene la facultad para asearse el cuidador familiar toma este cuidado como suyo. Al ser un acto de total pertenencia e intimidad se deben adaptar ciertos estilos para lograr el cuidado con satisfacción:

“Dos veces a la semana la bañamos en la ducha la levantamos , la alzamos y la ponemos en una silla y la bañamos con jarrita porque no toleran el chorro de la ducha , dos veces por semana se le asea , avisa para hacer sus necesidades , no utiliza pañal , luego durante los siguientes días , o sea para cada comida le lavamos con pañitos húmedos sus manitos, como sus boca no tiene dentadura le lavamos con gaza y un poquito de agua oxigenada porque no acepta cepillo , y después su partes íntimas, sus axilas con pañitos húmedos y bastante talco o chuño para que no vaya a escaldarse.” C01

“Lo lavo en la camita y le paso su trapito en su cuerpito, sus toallitas, y lo voy lavando, luego con sus piernitas y sus partes íntimas. Le pongo pañal, usa toallitas húmedas para limpiarle porque a veces le papel higiénico es muy duro. Le cambio 3 veces al día en la mañana en la tarde y en la noche, y cuando le veo que está inquieto es porque tiene el pañal mojado.” C05

Para bañarla la saco a la ducha y la siento en una silla de plástico y ella no quiere no se deja, yo le hablo que tengo que bañarla le hablo bonito y ella ya se deja ella

se refriega y se enjuaga, ya después la vengo jalando a su cama. Para cambiarle el pañal la levanto me apoyo mi codo en el colchón y la levanto con mi brazo, a veces ella cuando está de buen humor me ayuda y cuando está de mal humor ahí tengo que ver la forma de ver cómo le cambio y limpiarla con sus pañitos húmedos. C11

A veces resulta complicado reorganizar el tiempo y estilo de cuidar ya que una enfermedad neurodegenerativa tan complicada como el Alzheimer requiere cada vez de mayor involucramiento y desarrollo de múltiples habilidades, eso depende de cada cuidador, al conocer las fortalezas y debilidades de la persona a su cuidado.

“Para bañarla es un suplicio, no se deja para nada, tengo que bañarla a engaños, diciéndole que iremos al monte a ver a mi abuelito y que tiene que estar limpia, sólo así se deja y la baño rápidamente para que no me haga una crisis de cólera...” C12

La mayoría de cuidadores expresaron atender a sus pacientes en las necesidades de higiene y baño debido a la condición de algunos pacientes no tienen la facultad de ir al baño y realizarlo correctamente. Se deben adecuar a la situación del adulto mayor y variar según el estado de ánimo de éste.

Otra de las necesidades importantes que se reflejaron en la obtención de datos fue en la medicación a horario y correcta del adulto mayor. Con el envejecimiento las personas enfrentan más problemas de salud, principalmente con las enfermedades crónicas que requieren un tratamiento continuo. Como estas condiciones suelen presentarse en forma simultánea, es casi inevitable la polifarmacia, es decir, el consumo de múltiples medicamentos por un paciente, que puede traer consigo un aumento de interacciones no deseadas o peligrosas.

A parte del Alzheimer los adultos mayores traen consigo otras enfermedades crónicas, para lo cual tienen prescripción médica estricta. El cuidador familiar debe lidiar con la responsabilidad de una correcta medicación.

“Le doy sus pastillas molidas que son una vitamina una pastilla para la presión tres a cuatro pastillas, aspirina que la toma 3 veces a la semana todo eso lo muelo.” C08

“Recibe medicación directa, MEMANTINA, una tableta en la noche y la MIRTAZAPINA igual, una es para no acelerar y la otra es para relajar, las dos las toma de por vida me dijo el doctor.” C03

Así mismo declararon también asistir directamente en la medicación a su familiar, algunos declararon que la medicación es parte importante de la recuperación y mantenimiento de la salud del paciente con Alzheimer, cada cuidador tiene una habilidad diferente para administrarle sus medicamentos correspondientes. Varios cuidadores familiares le dieron tal importancia a este cuidado como si éste dependiera la mejoría mental o física de su adulto mayor:

“Su medicación empieza a las 7am con su pastilla para la presión, a las 8 debe de tomar su desayuno hasta las 8:30, ya de ahí descansa de medicamentos hasta las 11 de la mañana que toma medicamento para el corazón, luego hasta el almuerzo, después 3:30pm y a las 9 de la noche es su ultimo medicamento para dormir. Cuando suena la alarma todos gritan “pastilla pastilla”. Si yo me salto alguna medicación retrocede su tratamiento y ella decae.” C02

Se concluye y concuerda que el familiar cuidador cumple como rol principal en el cuidado, la satisfacción de las necesidades, enfocándose primordialmente en lo que es alimentación, higiene y medicación. Encontramos familiares con conocimiento adquirido por las experiencias y habilidades, buscando de este modo cuidar de la mejor manera a su familiar y prevenir así enfermedades secundarias, desempeñando un rol muy importante, ya no solo se vela por el estado físico, si no también emocional.

V. CONCLUSIONES

Finalmente, la investigadora concluye lo siguiente:

1. El cuidador familiar de un adulto mayor con Alzheimer atraviesa un proceso de adaptación a su rol de cuidador principal, donde en la mayoría de los casos descritos, el familiar asume la responsabilidad de cuidado de su ser querido sin tener los conocimientos y las habilidades necesarias para hacerlo. Los familiares cuidadores obtienen una habilidad de cuidado tipo básica, satisfaciendo necesidades fisiológicas.
2. La sensibilidad y la afectividad son parte importante del desarrollo de habilidades para cuidar, un adulto mayor es una persona vulnerable que necesita de cuidados sensibles, guiados por amor y afectividad, más no por obligación o carga. Si bien es cierto existen cuidadores que reflejan el amor que sienten por el adulto mayor a través de un cuidado sensible, abierto a necesidades y comunicaciones, también se ha evidenciado que otros cuidadores toman el significado de cuidar como una carga u obligación familiar.
3. Se evidenciaron claramente los dos lados del desarrollo y pérdida de paciencia durante el acto de cuidar y se está de acuerdo con los autores que reflejan que la paciencia es un pilar importante para llevar el equilibrio entre cuidador- cuidado y persona cuidada. Cuatro de doce cuidadores evidenciaron sentir tolerancia, respeto y comprensión del estado del paciente, refiriendo que entienden su comportamiento ya que es debido a la enfermedad de Alzheimer. Es necesario compartir esta habilidad para obtener mejores resultados en la familia cuidadora.
4. El familiar cuidador cumple como rol principal en el cuidado, la satisfacción de las necesidades, enfocándose primordialmente en lo que es alimentación, higiene y medicación. Encontramos familiares con conocimiento adquirido por las experiencias y habilidades, buscando de este modo cuidar de la mejor manera a su familiar y prevenir así enfermedades secundarias, desempeñando un rol muy importante, ya no solo se vela por el estado físico, si no también emocional.

VI. RECOMENDACIONES

A las Instituciones de Salud

1. Se considera se ponga más énfasis e importancia a la labor que realizan los familiares cuidadores, ya que éstos son los encargados de prestar un cuidado plenamente humanizado a los adultos mayores con Alzheimer, los familiares cuidadores son el vínculo para que los objetivos del cuidado se puedan realizar. Así mismo se podrá garantizar el autocuidado a los cuidadores familiares evitando la sobrecarga del cuidador.
2. Se contemple un programa o área permanente de capacitación y seguimiento de familiares cuidadores de pacientes con enfermedades degenerativas. De esta manera se podrá enfatizar la satisfacción de las necesidades de los adultos mayores.
3. Formar grupos de apoyo o conversatorios para que los cuidadores familiares expresen sus sentimientos y percepciones durante el tiempo que realizan el cuidado, de esta forma se podrán evitar sobrecargas emocionales, sentimientos negativos y se preverá la violencia familiar del adulto mayor.
4. Reforzamiento del plan de Visita Domiciliaria, que se cumplan los objetivos de ésta y que el personal de Salud lo integre como una tarea diaria.
5. Implementación de ONG para ayudar con recursos económicos básicos a las familias de adultos mayores con Alzheimer, según las estadísticas un gran porcentaje de cuidadores familiares deja su trabajo para tomar el rol de cuidar, cortando así sus ingresos económicos.

A los cuidadores familiares

1. Buscar siempre la verdad, empaparse de información acerca de la Enfermedad y sus consecuencias a corto y largo plazo, de modo que puedan estar preparados para manejar con calma la situación que se presentará en la familia
2. Buscar a las Instituciones de Salud cercanas y hacer conocer sus derechos e informarse sobre sus deberes.

A las Instituciones Educativas

1. Implementar dentro de sus actividades pre profesionales la capacitación constante a los familiares cuidadores, de este modo se creará consciencia no sólo en el personal de Enfermería sino también en las carreras de salud.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. OMS | Datos interesantes acerca del envejecimiento [Internet]. WHO. World Health Organization; 2017 [citado 20 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
2. Benavides C. Diseño de sistema de ubicación para personas con Alzheimer via web [Internet]. Pontificia Universidad Católica del Perú; 2013 [citado 20 de septiembre de 2018]. Disponible en: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/5390/SAWADA_CAR MEN_DISEÑO_SISTEMA_UBICACION_ALZHEIMER_VIA_WEB.pdf?sequence=1
3. Mendoza G. Síndrome de sobrecarga en familiares encargados del cuidado de pacientes con enfermedad neurológica crónica. Rev Soc Peru Med Interna [Internet]. 2014 [citado 20 de septiembre de 2018];27 (I):7. Disponible en: http://www.medicinainterna.org.pe/pdf/SPMI_2014-1_articulo_2_sindrome_de_sobrecarga.pdf
4. Brunner LS, Suddarth DS, Smeltzer SCO, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH, et al. Brunner y Suddarth enfermería medicoquirúrgica [Internet]. 12°. Lippincott Williams & Wilkins, editor. Filadelfia: 2016; 2016 [citado 1 de junio de 2018]. 2416 p. Disponible en: <http://booksmedicos.org/enfermeria-medicoquirurgica-brunner-y-suddarth-12a-edicion/>
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). OMS | Los trastornos neurológicos afectan a millones de personas en todo el mundo: informe de la OMS [Internet]. WHO. Bruselas/Ginebra: World Health Organization; 2013 [citado 15 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr04/es/>
6. Rojas Martínez M. Asociación entre la habilidad de cuidado del cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor que vive situación de enfermedad crónica, en la ciudad de Girardot. bdigital [Internet]. 1 de enero de 2007 [citado 15 de junio de 2018];25(1):33-45. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35899>
7. Gomez Meza Y, Villareal Amarís G, Baldovino Meza K, Madrid Gómez I, Ordoñez Mendez L. Habilidad del cuidador familiar y su relación con el tiempo de cuidado al adulto mayor con enfermedad crónica, Sincelejo, Colombia. Revisalud unisucra [Internet]. 2013 [citado 1 de junio de 2018];1(1):11-21. Disponible en:

- http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/1006/Art_GomezMezaY_HAbilidadCuidadorFamiliar_2013.pdf?sequence=1
8. Ibarrola Andrés P, Fernández De Lucio M, Ibarra Muñoz I. Análisis del impacto social de la enfermedad de Alzheimer [Internet]. España: Investigación y Educación en Enfermería; 2015 [citado 15 de junio de 2018]. p. 33. Disponible en: <http://www.unav.edu/documents/4889803/21fb8e36-a835-442b-8bea-bf37873cc838>
 9. Córdoba AMC, Aparicio MJG. Aspectos bioéticos en la atención al enfermo de Alzheimer y sus cuidadores. Pers y Bioética [Internet]. 2013;17(1):85-95. Disponible en: <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/3127/html>
 10. Chávez A, Del Carpio A. Nivel de sobrecarga y funcionamiento familiar del cuidador principal de pacientes hemodializados H.R.H.D.E. Arequipa 2014 [Internet]. Universidad Nacional de San Agustín; 2014 [citado 20 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2289/ENdemoaa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 11. Ortiz Pérez N. Interacciones en una familia con un paciente con alzheimer y el rol del cuidador informal [Internet]. Vitela Repositorio Institucional. Pontificia Universidad Javeriana Cali; 2015 [citado 5 de julio de 2018]. Disponible en: <http://vitela.javerianacali.edu.co/handle/11522/8079>
 12. Diario Oficial del Bicentenario El Peruano. Estado protegerá a pacientes con Alzheimer y demencias [Internet]. El Peruano. 2018 [citado 20 de septiembre de 2018]. p. 1. Disponible en: <https://elperuano.pe/noticia-estado-protegera-a-pacientes-alzheimer-y-demencias-67400.aspx>
 13. Carreño Moreno S, Barreto Osorio R, Duran Parra M, Tamara Ortiz V, Romero E. Habilidad de cuidado y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Rev Cubana Enferm [Internet]. 4 de octubre de 2016 [citado 1 de junio de 2018];32(3). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/951/186>
 14. Mendoza Matajira J. Habilidad de cuidado y carga de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. [Internet]. Repositorio UN. Universidad Nacional de Colombia; 2016 [citado 25 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/55798/1/1098633754.2016.pdf>
 15. Fernández Lao I, Silvano Arranz A, Pino Berenguer M Del. Percepción del cuidado por

- parte del cuidador familiar. Index de Enfermería [Internet]. 2013;22(1-2):12-5. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
16. Waldow VR. Cuidar expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis: Vozes; 2006. 190 p.
 17. Raile M, Marriner A. Modelos y Teorías de Enfermería [Internet]. 7^a. Elsevier, editor. Barcelona: Fundación Index; 2011 [citado 11 de octubre de 2018]. 729 p. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v21n3/1778.php>
 18. Waldow VR, Deorristt CR. Cuidado de enfermería: reflexiones entre dos orillas. Granada: Fundación Index; 2014. 328 p.
 19. Cabanyes J, Monge M. La salud mental y sus cuidados [Internet]. 4.^a ed. Eunsa, editor. Pamplona; 2017 [citado 11 de octubre de 2018]. 520 p. Disponible en: <http://ebookcentral.proquest.com>
 20. Hernández N, Moreno C, Barragán J. Necesidades de cuidado de la díada cuidador-persona: expectativa de cambio en intervenciones de Enfermería. Rev Cuid [Internet]. 2014 [citado 11 de octubre de 2018];5(2)(748-56):9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.87><http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.87>
 21. de la Cuesta-Benjumea C. La artesanía del cuidado: cuidar en la casa a un familiar con demencia avanzada. Enfermería Clínica [Internet]. 1 de diciembre de 2005 [citado 11 de octubre de 2018];15(6):335-42. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862105711402>
 22. Alvarado A. Adquiriendo habilidad en el cuidado: De la incertidumbre al nuevo compromiso. Aquichan [Internet]. 2007 [citado 11 de octubre de 2018];7(1). Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/95/195>
 23. Díaz E, Parra M, Carrillo S. Enfermería Global Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas dependientes Caring ability and overload level in informal caregivers of dependent people. Enfermería Glob [Internet]. 2015 [citado 11 de octubre de 2018];14. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n38/administracion4.pdf>
 24. Eby L, Brown NJ. Cuidados de enfermería en salud mental. Pearson Educación; 2010. 429 p.
 25. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa [Internet]. Fundación Paideia Galiza; 2004 [citado 30 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.edmorata.es/libros/introduccion-la-investigacion-cualitativa>

26. Casilimas CS. Investigación Cualitativa [Internet]. Vol. 0, La Sociología en sus Escenarios. Universidad de Antioquia; 2000 [citado 30 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/view/1567>
27. Durán M. El estudio de caso en la investigación cualitativa. Revista Nacional de Administración [Internet]. 2012 [citado 30 de octubre de 2018];3(1):121-34. Disponible en: <http://investiga.uned.ac.cr/revistas/index.php/rna/article/view/477/372>
28. Rodríguez Gómez G, Gil Flores J, García Jiménez E. Metodología de la investigación cualitativa. Granada: Aljibe; 1996. 380 p.
29. Pino M. ALGUNOS MÉTODOS Y TÉCNICAS DE RECOGIDA [Internet]. Vigo; 2002 [citado 30 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://mpino.webs.uvigo.es/tecnicasdeinv.pdf>
30. Munarriz B. Técnicas y métodos en Investigación cualitativa [Internet]. Ciudad del País Vasco: Universidad del País Vasco; 1992 [citado 30 de octubre de 2018]. 116 p. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/61903317.pdf>
31. Sgreccia E. Manual de bioética. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 2009.
32. Quintero B. Ética del cuidado humano bajo los enfoques de Milton Mayeroff y Jean Watson. Cienc Soc [Internet]. 2018 [citado 24 de junio de 2019];XXVI:8. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87011272002>
33. Waldow VR, Borges RF, Teórico A. EL PROCESO DE CUIDAR SEGÚN LA PERSPECTIVA DE LA VULNERABILIDAD [Internet]. Brasil; 2018 [citado 24 de junio de 2019]. Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae
34. Carbonell O. La sensibilidad del cuidador y su importancia para promover un cuidado de calidad en la PRIMERA infancia. Ciencias Psicológicas [Internet]. 2013 [citado 24 de junio de 2019];7(2):201-7. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212013000200008
35. Bernabel P. Habilidad del cuidado en cuidadores de pacientes con secuela de enfermedad cerebrovasculas en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas [Internet]. Universidad Ricardo Palma; 2016 [citado 24 de junio de 2019]. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/762/1/bernabel_lg.pdf
36. Muñoz L, Arancibia P, Paredes L. La experiencia de Familiares cuidadores de pacientes que sufren Alzheimer y competencias del profesional de Enfermería. Investig y Educ en Enfermería [Internet]. 1999 [citado 24 de junio de 2019];XVII(2). Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/16865/14603>

37. Varona F. La sensibilidad humana. *Civilizar Ciencias Soc y Humanas* [Internet]. 2017 [citado 24 de junio de 2019];17(32). Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/1002/100253055012/>
38. Sassenfeld A. Afecto, regulación afectiva y vínculo. *Inst Psicoter Relac* [Internet]. 2010 [citado 24 de junio de 2019];4(3):34. Disponible en: https://www.agorarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V4N3_2010/05_Sassenfeld_Afecto-Regulacion-Afectiva-Vinculo_CeIR_V4N3.pdf
39. Salinas-Quiroz F. VINCULOS DE APEGO CON CUIDADORES MÚLTIPLES: LA IMPORTANCIA DE LAS RELACIONES AFECTIVAS EN LA EDUCACIÓN INICIAL [Internet]. México; 2013 [citado 24 de junio de 2019]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/260229290_VINCULOS_DE_APEGO_CON_CUIDADORES_MULTIPLES_LA_IMPORTANCIA_DE_LAS_RELACIONES_AFECTIVAS_EN_LA_EDUCACION_INICIAL
40. Hartmann S.A. Vínculos familiares y cuidados: peculiaridades de cada pariente [Internet]. 2015 [citado 24 de junio de 2019]. p. 1. Disponible en: <https://www.elrincondelcuidador.es/blog/vinculos-familiares-y-cuidados-cuidan-igual-todos-los-parientes/>
41. Garelli J, Montuori E. Vínculo afectivo materno-filial en la primera infancia y teoría del attachment [Internet]. Buenos Aires; 2016 [citado 24 de junio de 2019]. Disponible en: https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/1998/98_122_125.pdf

VIII. ANEXOS



ANEXO N°1

Consentimiento para participar en un estudio de investigación - ADULTOS -

Datos informativos:

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
 Investigadora : Montero Benites Marjorie Alejandra
 Título: Habilidades del cuidador familiar del adulto mayor con Alzheimer, Chiclayo 2019.

Propósito del Estudio:

Le invito a participar de la presente investigación titulada: “Habilidades del cuidador familiar del adulto mayor con Alzheimer, Chiclayo, 2019”. Se está realizando este estudio con el propósito de describir y analizar cómo son las habilidades que desarrolla el cuidador familiar del adulto mayor con Alzheimer.

La investigación servirá de guía para los profesionales de enfermería de la forma como se logra describir las habilidades que un cuidador familiar desarrolla en el adulto mayor con Alzheimer.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

1. Luego de que usted dé su consentimiento, se le realizará algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación, las cuales usted contestará con toda la libertad de expresión. Las preguntas serán grabadas en un grabador de voz en un tiempo estimado de 35 minutos. Se le asignará un pseudónimo, para proteger su identidad y confidencialidad de sus respuestas.
2. En seguida se procesará la información de manera confidencial, y se generará un informe de los resultados a la Universidad.
3. Finalmente, los resultados podrán ser publicados en una revista científica, si se requiere el caso.

Riesgos:

No se producirán riesgos por participar en este estudio, será considerado como un ser humano con dignidad y derechos en todo momento.

Algunas preguntas de la entrevista probablemente le traerán recuerdos que le causen en algún momento, nostalgia, tristeza, llanto o algún sentimiento negativo. Sin embargo, estaremos para apoyarlo, escucharlo y comprenderlo, y de ser necesario se suspenderá la entrevista hasta que se recupere.

Beneficios:

Este estudio no trae beneficios, más que la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole

Confidencialidad:

Se guardará su información con pseudónimos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información personal que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 2 años, con la finalidad de que sirvan como fuente de verificación de nuestra investigación, luego del cual será eliminada.

Autorizo guardar la base de datos:

SI NO

Se contará con el permiso del Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, cada vez que se requiera el uso de la información.

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al investigador personal Marjorie Alejandra Montero Benites, al número 945918900.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al teléfono 074-606200 anexo 1138

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin perjuicio alguno hacia mi persona.

Participante
Nombre:
DNI:

Fecha

Investigador
Nombre:
DNI:

Fecha



Anexo N° 2

GUIA DE ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA

Objetivo: Recolectar información sobre las habilidades del cuidador familiar al adulto mayor con Alzheimer.

Por lo que se solicita y se agradece su colaboración en la siguiente entrevista, la cuál será grabada sólo con fines de investigación para realizar el estudio. La entrevista será confidencial, y protegerá la identidad de la persona.

DATOS GENERALES:

Seudónimo:

Vínculo:

Tiempo de cuidador:

Edad:

Sexo:

Ocupación:

Grado de instrucción:

DATOS ESPECÍFICOS:

1. ¿Cómo cuida a su familiar?
2. ¿Cómo se siente cuando cuida a su familiar?
3. ¿Cómo ha cambiado su vida desde que cuida a su familiar?
4. Desde sus experiencias, ¿Qué requisitos debe tener un cuidador?
5. ¿Cómo aprendió a cuidar a su familiar?
6. ¿Cómo le apoyan los demás integrantes de la familia?



CONSEJO DE FACULTAD
RESOLUCIÓN N° 256-2019-USAT-FMED
 Chiclayo, 06 de marzo de 2019

Vista la solicitud N° 156153 de fecha 05 de marzo de 2019 que adjunta el documento de aprobación emitido por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina del Proyecto de Investigación de la estudiante Montero Benites Marjorie Alejandra, de la Escuela de Enfermería. Asesora: Lic. Mary Judith Heredia Mondragón.

CONSIDERANDO:

Que esta investigación forma parte de las áreas y líneas de investigación de la Escuela de Enfermería.

Que el proyecto de Investigación denominado **Habilidades del cuidador familiar del adulto mayor con Alzheimer**, Chiclayo, 2019, fue aprobado por el Comité Metodológico de la Escuela de Enfermería y el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina.

En uso de las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Declarar aprobado el Proyecto de Investigación para continuar con el proceso de recolección de datos y finalización del mismo.

Artículo 2º.- Disponer que la estudiante gestione ante las instituciones pertinentes las facilidades para la recolección de información.

Regístrese, comuníquese y archívese.



SECRETARÍA ACADÉMICA
FACULTAD DE MEDICINA

Antero Enrique Yacani Martínez
 Mtro. Antero Enrique Yacani Martínez
 Secretario Académico
 Facultad de Medicina



FACULTAD DE MEDICINA

Jorge Luis Limo Liza
 Méd. Jorge Luis Limo Liza
 Decano (e)
 Facultad de Medicina