

Atención de enfermería hacia el cuidador principal del paciente con enfermedad de alzheimer.

Prevencion y cuidados en el "síndrome del cuidador"

M^a Jesús Peón Sánchez.

D.U.E.

Hospital A. Marcide-P.Novoa Santos. Ferrol (A Coruña).

Colaboradora de AFAL (Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer) Ferrolterra.

Resumen

La aparición de una enfermedad crónica, invalidante y de larga duración como la Enfermedad de Alzheimer en una familia, obliga a uno de sus miembros a asumir su cuidado. Suele ser una mujer de mediana edad, escasa formación asistencial y una responsabilidad a veces desmedida, lo cual le puede producir a lo largo de los años patologías físicas (osteomusculares, gastrointestinales, cardiovasculares,..), psíquicas (depresión, ansiedad,insomnio,..), sociales (aislamiento,..), económicas, laborales, legales,..lo que se denomina "Síndrome del cuidador principal".

La atención de enfermería se centrará en ayudar y formar al cuidador en su tarea, atendiendo las necesidades asistenciales del enfermo y de él mismo, promoviendo su autocuidado, implicando a la familia y ofreciéndole un soporte de ayuda formal (recursos socio-sanitarios) e informal (asociaciones, grupos de ayuda, voluntariado,..).

También hay que prevenir y detectar situaciones de crisis del cuidador, en especial si existe sobrecarga psicofísica importante o durante la etapa de duelo.

¿Quién es el cuidador principal?

La aparición de una enfermedad crónica, invalidante física y cognitivamente como la Enfermedad de Alzheimer (E.A.) en una familia, altera la dinámica familiar, es decir, las relaciones que existían en esa familia(1)

En tal situación de crisis, no todos los componentes de la familia res-

ponden igual, apareciendo diferentes prototipos(2):

a- víctima, que percibe la enfermedad como una amenaza personal, ya que se afectan las atenciones que hasta ese momento recibía del resto de la familia, siendo posible además, que se le considere un candidato a cuidador. Es una persona que habitualmente demanda una gran atención sanitaria.

b- escapado: alguien muy ocupado o que vive lejos y no puede hacerse cargo del problema; es la válvula de escape de las críticas familiares.

c- favorecedor de patologías: persona convencida de saber más que los demás y hacer todo mejor que nadie, suele discrepar del diagnóstico, tratamiento, cuidados,..cambiándolos a su antojo. Suele tener dificultades para aceptar la realidad del problema, ya que no admite todo aquello que no tiene solución.

d- cuidador principal(C.P.):es la persona que asume la responsabilidad total en la atención y cuidado de este tipo de pacientes(3). Existen 2 tipos culturales de cuidadores: cuidador tradicional y cuidador en la sociedad moderna (4).

El cuidador principal tradicional es el cuidador habitual que ha convivido siempre con el paciente y se ha encargado de su cuidado. En este caso, al paciente se le cuida en un contexto de obligación social mezclado con afectividad creado a lo largo de muchos años de convivencia

DATA-EC 030426416

Palabras clave: Cuidados de enfermería, Síndrome del cuidador, Enfermedad de Alzheimer, Demencia, Síndrome de burn-out..

donde el intercambio de apoyo fue más o menos recíproco (esposa, hija,..)

El cuidador principal en la sociedad moderna es el que ha asumido ese rol obligado por las circunstancias, es decir, cuando la aparición de la enfermedad en la familia obliga a crear una relación cuidador-cuidado que no existía previamente. En este caso además, el cuidador (hija, nuera, sobrina,..) suele tener una actividad laboral fuera del domicilio, lo que acarrea más tensiones al tener que coordinar su papel socio-laboral con el de cuidadora(4).

En conclusión, las pautas que más condicionan la elección del C.P. son el sexo y la tradición cultural. El perfil tipo sería : mujer de unos 57 años, ama de casa, coresidente con el enfermo (hermana, hija, sobrina, ..) y de ellos, un 25% tienen más de 65 años (cónyuge)(5).

Repercusiones de la enfermedad de alzheimer en el cuidador principal

El cuidador principal o informal suele ser una mujer con escasa o nula formación asistencial, sin remuneración económica y con una jornada de trabajo sin límites establecidos, lo cual le afecta a todos los ámbitos de su vida(6)(Tabla I):

1. Repercusiones laborales: si el paciente con E.A. está en edad laboral, pasará de activo a pensionista. En el C.P. se puede producir, debido a la sobrecarga familiar, mayor absentismo, menor rendimiento y más conflictos con los compañeros, aumentando también

la siniestralidad laboral. Todo ello puede llevar a disminuir la jornada laboral o abandonar el trabajo, al no poder compatibilizarlo con su tarea de C.P..

2. En consecuencia la economía del C.P. se resiente ya que por un lado tiene menos ingresos (jubilación, disminución de jornada, pérdida empleo,..) como mayores gastos (1200-1500 euros/mes) por contratación de servicios personales, adaptación de la vivienda y ayudas técnicas y materiales (pañales, colchón antiescaras,..)(3).
3. También se evidencian en los C.P. situaciones de stress y crisis personales, relacionadas con la duración de la enfermedad, la intensidad de los síntomas y de la complejidad de los cuidados que hay que dar al paciente, así como la convivencia y cohesión del grupo familiar(7).

Todo ello hace que el C.P. tenga unas cargas de trabajo importantes tanto subjetivas como objetivas.

Las cargas de trabajo objetivas tienen que ver con la severidad de la enfermedad (funcional, cognitiva y conductual) que va aumentando a lo largo de los años al hacerse el paciente con E.A. cada vez más dependiente y por otro lado con el tiempo dedicado al cuidado, es decir, a cubrir las necesidades del paciente según sea su incapacidad funcional.

Las cargas de trabajo subjetivas tienen que ver con los sentimientos y percepciones negativas que el C.P. experimenta sobre las funciones que realiza, lo cual viene determinado por algunos indicadores como son las características de la enfermedad

(severidad, incapacidad funcional y cognitiva,..), problemas conductuales (agitación, insomnio y vagabundeo del paciente), necesidades asistenciales en la vida diaria (movilización, nutrición, incontinencia, encamamiento..), edad de paciente y de la red social y familiar, y en menor medida, del soporte de los cuidadores formales (sanitarios, sociales,..) y características del cuidador (personalidad, relación previa con el paciente con E.A., formas habituales de afrontamiento del stress, así como limitaciones físicas y psíquicas.

Si el afrontamiento no es adecuado, con posibilidad de ayudas y respiros, pueden surgir situaciones de riesgo para el cuidador y su entorno, con riesgo de maltrato físico o psíquico del paciente que revierten en una institucionalización temprana como consecuencia del stress y tensiones acumuladas a lo largo de los años como cuidador.

4. Reducción de la vida social, relacionado con el tiempo dedicado al cuidado del paciente, lo que repercute en que salga menos de casa, disminuya sus actividades y tiempo de ocio y se distancie de sus relaciones personales (familia, amigos,..), lo que le proporciona un aumento de carga subjetiva con sentimientos de "enclaustramiento", aislamiento y soledad.
5. Problemas legales ya que el C.P. se hace cargo no sólo de la salud del paciente con E.A. sino de sus bienes, teniendo que tomar decisiones por él (tutela)(3).

Existen instrumentos de medida para cuantificar las cargas de trabajo del C.P. como el índice de esfuerzo

del cuidador("caregiver burden scale")(8) y la escala de Zarit(9) y que nos permiten predecir qué cuidadores están en mayor riesgo de desarrollar el "síndrome del cuidador principal".

¿Qué es el síndrome del cuidador principal?

La tarea del C.P. es dura, fatigosa y difícil, muy alargada en el tiempo, con frecuencia sin descansos y a veces con responsabilidades que van más allá de lo razonable(2).

Por ello, en el transcurso de los años el cuidador ve afectada su salud física, psicológica y social. A todo este conjunto de alteraciones que puede presentar el C.P. se le conoce como el Síndrome del cuidador principal(S.C.P.) cuyas características más importantes son(Tabla II):

1. Alteraciones físicas: a las dolencias propias de la edad, hay que añadir el esfuerzo y la sobrecarga física constante, con poco tiempo dedicado al descanso y sueño y en un entorno donde a veces existen barreras arquitectónicas importantes (camas bajas, bañeras, escaleras,..) que ocasionan en el cuidador alteraciones músculo-esqueléticas.

El nivel de stress además deteriora el sistema inmunitario del C.P. a costa de la inmunidad celular por agotamiento de las defensas, lo que les hace más susceptibles a contraer enfermedades víricas(gripe,herpes,..) y dermatológicas (eczemas, dermatitis, psoriasis,..).

También tienen mayor predisposición para contraer patologías con componente psicosomático como la

úlceras pépticas y alteraciones cardiovasculares.

Todo ello conlleva un aumento de la morbilidad e incluso se demostró un incremento del 63% del riesgo de mortalidad entre los cuidadores ancianos cónyuges que habían desarrollado un elevado nivel de stress (10).

2. Alteraciones psicológicas: el cuidado del paciente con E.A. no detiene el progreso de la enfermedad ni el deterioro del paciente, de forma que éste va perdiendo rasgos de sí mismo(personalidad, carácter,..) que le hacen parecer una persona distinta a la que fue. Este proceso provoca gran desánimo en el cuidador, lo cual, unido a su cansancio, poco reconocimiento por parte de la familia como del enfermo, favorecen la aparición de desórdenes psicoafectivos, que aumentan la sensación de carga subjetiva.

Los principales problemas psíquicos que aparecen en el C.P. son el insomnio, la depresión y ansiedad debidos al stress emocional.

La depresión se ve influida por la falta de apoyo social, carencia de recursos económicos, relaciones previas con el paciente, sentimiento de culpa (no hacerlo bien, percepción de pérdida de control ante el paciente), historia familiar de depresión y limitaciones psicofísicas del cuidador(3).

Si además el paciente con E.A. presenta problemas conductuales (agresividad, delirio, vagabundeo,..) es más frecuente la depresión en el cuidador por el stress que ello conlleva (5).

La ansiedad, en principio, es una respuesta psicológica normal que fun-

ciona como una señal de alerta generando una respuesta adaptativa ante situaciones amenazantes internas o externas(2). Si no generamos respuestas adecuadas o la amenaza persiste en el tiempo, esta ansiedad se convierte en patológica, como un temor adquirido, de forma que puede dañar la salud física (somatizaciones) con síntomas cardiovasculares (palpitaciones, mareos), respiratorios (sofocos, jadeos,..), gastrointestinales (diarrea, náuseas, vómitos, estreñimiento,..).

Estas somatizaciones pueden cronificarse produciendo fatiga, insomnio, contracturas musculares y dificultad para afrontar los problemas de forma eficaz.

Como consecuencia, el cuidador presenta una elevada incidencia de automedicación, especialmente con psicofármacos (ansiolíticos, antidepresivos) y analgésicos (11).

3. Alteraciones socio-familiares

Al malestar físico y emocional, hay que añadir el alejamiento de va teniendo el C.P. de sus vínculos laborales, sociales y lúdicos por falta de tiempo o de fuerzas.

Por otro lado, aparecen conflictos familiares referentes al reparto de tareas, de gastos, de asunción de responsabilidades, toma de decisiones,etc, lo que aumenta la sensación de soledad (3).

¿Cómo cuidar al cuidador?. Atención de enfermería

Enfermería es una pieza clave tanto para prevenir y detectar el "síndro-

me de cuidador"(S.C.P.) como para proporcionar los cuidados que éste necesita, ya que en atención primaria (consulta y atención domiciliaria) atiende las necesidades tanto del cuidador como del enfermo con E.A., pudiendo valorar de forma incipiente signos de sobrecarga en el cuidador (Tabla III).

En este contexto, es importante que el cuidador exprese sus sentimientos y preocupaciones acerca de la enfermedad, del enfermo y de sí mismo como cuidador, valorando su carga subjetiva y los problemas de salud que ésta le pueda causar.

1. En primer lugar es fundamental que el cuidador principal(C.P.) tenga una asistencia cercana y ágil, de forma que encuentre soluciones rápidas en la problemática que le ocasiona el cuidado del enfermo, como en la obtención ágil de tratamientos específicos (pañales, material de soporte,...)(2-3). Existe una gran relación entre el tratamiento adecuado del paciente y una disminución en la escala de ansiedad del cuidador.

También hay que proporcionar cuidados y tratamiento específico a los problemas de salud que presenta el C.P. secundarios a su labor como tal (ansiedad, depresión, problemas osteomusculares,etc).

2. Informar y formar al C.P. sobre la enfermedad y cuidados del paciente con E.A. potenciando así su competencia como cuidador y promoviendo que el paciente haga por sí mismo todo aquello de lo que aún sea capaz aunque necesite ayuda (estimulación cognitiva, autoestima,...).

Para ello hay que formar al C.P. en los cuidados en enfermo dependiente(6): incontinencia, cuidados del paciente encamado (movilización, aseo, prevención de escaras,...), nutrición (comedor compulsivo, problemas de deglución,..), prevención de accidentes(adaptación del hogar:escalera, bañera, productos tóxicos,..)y cuidados del paciente con problemas de conducta (comunicación con el enfermo, medicación,..).

También hay que informar acerca de recursos sanitarios (ayudas técnicas, pañales,..), recursos socioeconómicos (desgravaciones, subvenciones,ayuda a domicilio, programas de respiro...).

3. Promover el autocuidado del C.P. tanto en su salud física como psicológica, como social;si el C.P. se encuentra mejor, también cuidará mejor (14).

Procurar que tenga tiempos de descanso y ocio adecuados, buscando respiros (apoyo externo) a través de familiares, amigos, voluntariado, programas de vacaciones, rotación en el cuidado del paciente,....

Animarle a que busque ayuda si hay sobrecarga, aprendiendo a delegar; colocar la enfermedad en su lugar(15).

Si la salud y el bienestar están afectados, buscar ayuda especializada permanente si no es posible encontrar otro cuidador. Sin sentimiento de culpa o fracaso, sino para que ambos vivan mejor (16).

4. Promover el asociacionismo: Las asociaciones son ONGs creadas por y para los familiares de pacien-

tes con E.A. para recibir información y ayuda, para vivir mejor con la enfermedad y conseguir para el enfermo una atención integral (17):

- informando y asesorando a los familiares de los enfermos.
- apoyando y ayudando a los familiares a afrontar el impacto de la E.A. (grupos de apoyo)(18)
- difundiendo la necesidad de un diagnóstico preciso.
- promocionando la asistencia integral del paciente con E.A.
- estimulando la investigación.
- sensibilizando a las instituciones y a la opinión pública para demandar más y mejores ayudas.
- representando y defendiendo los intereses de los enfermos y sus familias.

En las asociaciones suele colaborar un equipo interdisciplinario en el que enfermería tiene un papel fundamental: informando y formando al paciente y familia (función docente), detectando aquellos cuidadores en situación de riesgo de desarrollar S.C.P., aconsejando medidas de prevención y autocuidado del propio cuidador (función asistencial), colaborando en la investigación y siendo el nexo de unión entre el centro de salud, las asociaciones y el C.P.

Las asociaciones promueven el bienestar del cuidador a través de sus servicios de voluntariado, ayuda a domicilio, terapias de grupo, relajación, manualidades,..y la atención integral del enfermo: centros de

día(12,19), talleres de estimulación cognitiva (20), rehabilitación, podología, etc.

Además en la asociación, el C.P. comparte sus problemas con otras personas, mitigando su sensación de sobrecarga y ansiedad y disminuyendo su aislamiento.

5. Implicar a la familia en el cuidado del enfermo y apoyo al cuidador, promoviendo la formación de una red familiar que vaya dando respuestas a las necesidades de todos sus miembros. En este sentido y desde diferentes ámbitos se están desarrollando programas específicos formativos para las familias de los pacientes con E.A.(21-22) con beneficios constatados(23) existiendo también en la actualidad muchos de estos programas disponibles de modo gratuito a través de internet(5,13-14,25-28).

6. Detectar y atender situaciones de crisis del cuidador produciéndose éstas por cambios en la economía(pérdida de empleo,..), situaciones de sobrecarga o cambios en las relaciones con la persona a cuidar (agresividad,..), que aumentan los niveles de stress y ansiedad, sobre todo si hay riesgo de maltrato físico, emocional o de abandono que en algunas series llega hasta el 20% de los casos (1,24).

7. Atender al C.P. en la etapa de duelo. El S.C.P. no se resuelve cuando el paciente fallece o ingresa en una residencia, ya que en ese momento el cuidador puede sentir un vacío existencial y de tiempo, unido a sentimientos de culpa(por la institucionalización, por no haberle cuidado mejor,por las relaciones dis-

torsionadas con el paciente,...),agravado por la ansiedad y el cansancio acumulados a lo largo de los años y que ya empiezan a pasar factura.

En esta situación la atención al cuidador requiere(14):

- promover su salud física y psíquica ahora que ya tiene más tiempo para cuidarse y descansar.
- ayudar a que tome conciencia de la buena labor que hizo, permitiendo que exprese sus sentimientos normalizándolos, sobre todo el sentimiento de culpa, empatizando con él.
- alentar el contacto físico y el apoyo de sus familiares y amigos (dejarse querer), como parte del ritual de duelo.
- recapitular la vida del paciente, sobre cómo era antes de enfermar y como la E.A. lo transformó, enfatizando la fortuna que tuvo de recibir los cuidados que le proporcionó el C.P.
- ofrecer a la familia y al C.P. el apoyo de grupos de autoayuda en esta etapa de duelo.
- animarle a que rehaga su vida a nivel afectivo,familiar, social, laboral, que indague lo que le gustaría hacer, dónde querría ir,...aprendiendo a disfrutar del tiempo libre.
- convencerle de que su labor como C.P. debe servir para potenciar la confianza en sí mismo, la propia valía.

Agradecimiento

A Rosa R. y los cuidadores y personal de AFAL que tanto me han ense-

ñado. A A.G. por la colaboración en el presente trabajo.

Nota. El presente trabajo se presenta a la II Edición premios "Professor Novoa Santos" para trabajos de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. BERMEJO F, RIVERA J, PÉREZ DEL MOLINA F. Aspectos familiares y sociales en la demencia. Med Clin 1997;109:140-145.
2. PRIETO A. El síndrome del cuidador principal. En AFAL "Una responsabilidad de todos. II Jornadas sobre la enfermedad de Alzheimer". Ferrol. AFAL edit 2000, 43-49.
3. PÉREZ TRULLEN JM, ABANTO ALDA J, LABARTA MANCHO J. El síndrome del cuidador en los procesos con deterioro cognoscitivo (demencia). Aten Primaria 1996;18:194-201
4. RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ P. Cuidados en la vejez. El apoyo informal. Ministerio de Asuntos Sociales-INSERSO. Madrid.1995
5. Lago Canzobre S, Debén Sánchez M. Cuidados del cuidador del paciente con Demencia. [on line]. Nov 2001. Disponible en < www.fis-terra.com/guias2/cuidador.htm > [consultado 14.8.2003]
6. COBAS COUTO E, Fuertes de Castro M, Varela Feal N, Fernández Puente E, Castro Pastor A, Fernández Cao MJ. Cuidado de los cuidadores en la enfermedad de Alzheimer. Enferm Cientif 1996;166-167:43-45.

7. CAMPELLO L. Impacto familiar del cuidado de un enfermo de Alzheimer. En AFAL "Una responsabilidad de todos. II Jornadas sobre la enfermedad de Alzheimer". Ferrol. AFAL edit 2000, 51-67.
8. DUNKIN J, ANDERSON-HANLEY C. Dementia caregiver burden. A review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology* 1998;51(Suppl1):S53-S60.
9. GORT AM, MAZARICO S, BALLESTÉ J, BARBERÁ J, GÓMEZ X, DE MIGUEL M. Uso de la escala de Zarit en la valoración de la claudicación en cuidados paliativos. *Med Clin* 2003; 121:132-133.
10. SCHULTZ R, BEACH S. Caregiving as a risk factor for mortality. The caregiver health effects study. *JAMA* 1999;282:2215-2219.
11. VALLÉS F MN, GUTIÉRREZ CILLAN V, LUQUIN AJURIA AM, MARTIN GIL MA, LÓPEZ DE CASTRO F. Problemas de salud y sociales de los cuidadores de los pacientes con demencia. *Aten Primaria* 1998;22:481-485
12. MOURENTE P, SÁNCHEZ PASCUAL P, OLAZARAN RODRÍGUEZ J, BUISÁN PELAY. El apoyo a los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer. Un programa desde la enfermería de atención especializada. *Enferm Cientif* 2001;232-233:10-17.
13. Asociación de Alzheimer de Montevideo. Los problemas de comunicación con el enfermo de Alzheimer [on line] Mayo 2000. Disponible en <www.geocities.com/HotSprings/Spa7712/folleto-05.html>[Consultado 14.8.2003]
14. Centro de psicología aplicada. Universidad Autónoma de Madrid. Cuidar a los que cuidan. [on line] Dic.2002. Disponible en <www.uam.es/centros/psicología/páginas/cuidadores> [Consultado 14.8.2003]
15. MARTÍNEZ SANDE G. Aspectos psicológicos de la enfermedad física y de la discapacidad crónica(II). Aspectos de intervención desde la terapia familiar. *Cuad Aten Primaria* 1997;4:212-222.
16. GARCÍA CORBEIRA M. Demandas actuales de las familias con enfermos de Alzheimer. En AFAL "Buscando un futuro. IV Jornadas sobre la enfermedad de Alzheimer". Ferrol. AFAL y Grupo de investigación en Gerontología. Universidad de A Coruña. 2002, 53
17. DÍAZ DOMÍNGUEZ MA, DOMÉNECH COBO N, ELORRIAGA DEL HIERRO et al. En casa tenemos un enfermo de Alzheimer. Edita Confederación española de familiares de enfermos de Alzheimer y otras demencias. Bilbao 1994.
18. ÁLVAREZ MD, BIURRUN A, CASAS PM, et al. Manual práctico para la elaboración y desarrollo de programas de intervención grupal en las asociaciones de Alzheimer. Barcelona. Fundación "La Caixa".2001.
19. PRIETO GONDELL A. Centros de día:Hacia un cuidado integral. En AFAL "Buscando un futuro. IV Jornadas sobre la enfermedad de Alzheimer". Ferrol. AFAL y Grupo de investigación en Gerontología. Universidad de A Coruña. 2002, 45-52.
20. PRIETO GONDELL A. Terapias no médicas de apoyo. En "Una forma diferente de vivir.III Jornadas sobre la enfermedad de Alzheimer. Ferrol". AFAL edit 2001; 37-42
21. MILLÁN CALENTÍ JC, GANDOY CREGO M, FUENTES SUÁREZ I, GARCÍA ZAMORANO B, BUIDE ILLOBRE A, MAYÁN SANTOS JM. Programa de intervención-apoyo dirigido a los cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer. *Sal Rural* 1999;6:71-78.
22. BARBEITO CERNADAS B, DOVAL PEGO MT, FERNÁNDEZ PUENTE E, LÓPEZ ALCARAZ MA, PEÓN SÁNCHEZ MJ. Programa de intervención familiar para familias de enfermos de Alzheimer. En Diseño de programa. Curso de experto en programas de intervención familiar. Universidad de La Coruña. 2001,7-30.
23. SÁNCHEZ-PASCUAL P, MOURENTE-LIZ P, OLAZARÁN-RODRÍGUEZ J. Beneficios de un programa de formación del cuidador en la demencia:experiencia piloto desde la enfermería especializada. *Rev Neurol* 2001;33:422-444.
24. MEGIDO MJ, ESPINÁS J, CARRASCO RM, COPETTI S, CABALLÉ E. La atención de los cuidadores del paciente con demencia. *Aten Primaria* 1999;23:493-495
25. <http://www.alzheimer-europe.org>
26. <http://www.alzheimer.com.arg>
27. <http://www.caregiver.com>
28. <http://www.alzheimers.com>

TABLA I. Repercusiones de la E.Alzheimer en el cuidador principal.

<p>1.REPERCUSIONES LABORALES: -E.A.: jubilación o incapacidad -cuidador: absentismo, conflictos con compañeros, siniestralidad laboral, posible abandono de trabajo o reducción de jornada.</p> <p>2.REPERCUSIONES ECONÓMICAS: -disminución de ingresos -aumento de gastos (1200-1500 euros/mes)</p> <p>3.STRESS Y CRISIS PERSONALES relacionado con: -duración de la E.A. -intensidad de los síntomas -complejidad de los cuidados -convivencia y cohesión del grupo familiar -características del cuidador(afrontamiento del stress)</p> <p>4.REDUCCIÓN DE LA VIDA SOCIAL -menor tiempo de ocio y relaciones sociales -aislamiento, enclaustramiento</p> <p>5.PROBLEMAS LEGALES -tutela, toma de decisiones,etc</p>

TABLA II. Síndrome del Cuidador Principal

<p>1.ALTERACIONES FÍSICAS: -musculoesqueléticas (edad, sobrecarga física) -agotamiento de las defensas(viriasis, dermatitis) -gastrointestinales (epigastralgias, diarrea,..) -cardiovasculares (palpitaciones,..) -otras (cefaleas,..)</p> <p>2.ALTERACIONES PSICOLÓGICAS: -insomnio -depresión -ansiedad(somatizaciones)</p> <p>3.ALTERACIONES SOCIOFAMILIARES -conflictos familiares -disminución tiempo de ocio y relaciones sociales</p>

TABLA III. Atención de enfermería en el Síndrome del Cuidador Principal

<p>1.ASISTENCIA CERCANA Y ÁGIL (consulta y domicilio) -cuidados del paciente con E.A. -cuidados del cuidador principal</p> <p>2.INFORMACIÓN Y FORMACIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL -cuidados del enfermo dependiente -recursos sanitarios, socioeconómicos</p> <p>3.PROMOCIÓN DEL AUTOCUIDADO -fomentando respiros, ocio,.. -buscando ayuda si hay sobrecarga</p> <p>4.ASOCIACIONISMO</p> <p>5.IMPLICACIÓN DE LA FAMILIA</p> <p>6.DETECCION Y ATENCIÓN A LOS MOMENTOS DE CRISIS DEL CUIDADOR -problemas económicos -sobrecarga física, stress -E.A. agresivo</p> <p>7.ATENCIÓN A LA ETAPA DEL DUELO</p>
