

**ESTANDARIZACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA PARA LA
ATENCIÓN DE CUIDADORES DE PERSONAS CON PARKINSON.**

PEREIRA 2020

BERNAL GONZÁLEZ MÓNICA ANDREA

GONZÁLEZ CRUZ NATALIA

SALEH CRUZ GEFFRARD HABIH

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN COMO OPCIÓN DE GRADO

ASESORA:

BARÓN CASTRO MÓNICA MARGARITA

ENF.MG ENFERMERÍA ÉNFASIS ADULTO

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD

PEREIRA – RISARALDA

2020

Tabla de contenido

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ESTANDARIZACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN DE CUIDADORES DE PERSONAS CON PARKINSON..... | 1 |
| PEREIRA 2020 | 1 |
| 1. INTRODUCCIÓN | 6 |
| 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 7 |
| 3. OBJETIVOS | 11 |
| 3.1 Objetivo general | 11 |
| 3.2 Objetivos específicos | 11 |
| 4. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL | 12 |
| 4.1. CUIDADO | 12 |
| 4.2. CUIDADOR..... | 13 |
| 4.3. La teoría de la adaptación de Callista Roy | 16 |
| 4.4. MODOS DE ADAPTACIÓN | 18 |
| 4.4.1 Modo fisiológico y físico de adaptación | 18 |
| 4.4.2 Modo de adaptación de auto concepto-identidad grupal | 19 |
| 4.4.3 Modo de función del rol..... | 19 |
| 4.4.4. Modo interdependencia..... | 20 |
| 4.4.5. Respuestas adaptativas | 20 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------|----|
| 4.4.6. Respuestas inefectivas..... | 21 |
| 5. EL PROCESO DE ENFERMERÍA EN EL MODELO DE ADAPTACIÓN | 21 |
| 6. PARKINSON..... | 24 |
| 7. METODOLOGIA..... | 29 |
| TIPO DE ESTUDIO: | 29 |
| DISEÑO METODOLÓGICO..... | 29 |
| MUESTRA..... | 30 |
| CRITERIOS | 30 |
| PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN..... | 30 |
| Distribución por año..... | 31 |
| Distribución según su origen..... | 31 |
| Distribución según su idioma..... | 31 |
| Distribución según base de datos | 32 |
| 8. RESULTADOS..... | 32 |
| 9. DISCUSION | 33 |
| Modo de Adaptación Desempeño de Funciones | 33 |
| Modo de adaptación autoconcepto identidad de grupo..... | 35 |
| Sentimientos del Cuidador. | 36 |

| | |
|---------------------------------------|----|
| Ser físico, imagen del cuidador | 39 |
| CONSIDERACIONES ETICAS | 40 |
| Referencias Bibliográficas | 43 |

1. INTRODUCCIÓN

Algunos eventos de carácter neurológico, degenerativo, como el Parkinson requieren una gran participación de cuidadores familiares ya que se compromete el sistema nervioso central y periférico. La Organización Panamericana de la Salud afirma que la Enfermedad de Parkinson (EP) es la segunda enfermedad neurodegenerativa más común después de la enfermedad de Alzheimer, afectando principalmente el sistema motor; esta enfermedad afecta diferentes dominios cognoscitivos como la memoria, el lenguaje, las funciones motoras, y el comportamiento; comprometiendo las actividades de la vida diaria en menor o mayor grado.

Por la naturaleza de la enfermedad, estas personas requieren ser cuidados en su residencia por cuidadores que pueden ser sus familiares, amigos, vecinos o personas entrenadas, quienes deben proveer asistencia completa para comer y tomar alimentos, higiene personal, vestirse o movilizarse. Los profesionales de enfermería tienen un papel muy importante en el cuidado de estos pacientes y principalmente en el cuidado de las personas que tienen a su cargo cuidar pacientes con enfermedad neurológica degenerativa con el objetivo de lograr en ellos su bienestar y cuidado integral.

Es muy importante que la familia y cuidadores no se comprometan totalmente con la enfermedad, si no que acompañen y apoyen a su familiar en aquellas tareas y en los momentos en que necesite más ayuda, para que así la familia y cuidadores no tengan dificultades para disponer los cuidados con sus actividades habituales como son el trabajo, las relaciones sociales y el descanso.

Enfermería cumple un papel importante en la planeación del cuidado a los cuidadores de pacientes con Parkinson; para ello utiliza como herramienta en la planeación de este cuidado el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que aplicado conforme al modelo de adaptación de Callista Roy, al identificar las necesidades del cuidador en cada modo de adaptación se plantean intervenciones de enfermería que ayuden al logro de resultados esperados para lograr que el cuidador se adapte en las dimensiones fisiológica, psicológica, sociológica e independencia de manera que se brinde calidad en los cuidados.

De acuerdo a lo anterior, la presente investigación se hace con el fin de unificar criterios en la gestión del cuidado a cuidadores de personas con Parkinson, a través del Proceso de Atención de Enfermería utilizando el modelo de adaptación de Callista Roy ya que este modelo propone una adaptación de la persona en las modalidades fisiologica-fisica, autoconcepto-identidad, desempeño de funciones e interdependencia, esto da muestra de la articulación de enfermería con otras disciplinas del saber. Esta investigación fue dirigida a cuidadores de personas con Parkinson.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Enfermedad de Parkinson es considerada como una enfermedad ruinosa o catastrófica en Colombia. La enfermedad es considerada como la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente, tiene un progreso lento y aunque en sí misma no es causa de muerte, puede implicar una reducción en la esperanza de vida (Garcés, 2016).

Se estima para el año 2040 la cifra de pacientes con Parkinson puede ascender a 17 millones de personas; esta situación se debe al envejecimiento poblacional, a la exposición de factores de riesgo como el tabaquismo, y a los adelantos tecnológicos en el diagnóstico de la enfermedad. La edad es el principal factor de riesgo asociado a la enfermedad, y es más prevalente en hombres que en mujeres (Saavedra Moreno, Millán, & Buriticá Henao, Introducción epidemiología y diagnóstico de la enfermedad de Parkinson, 2019)

Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirman que la etiología y patogénesis de la Enfermedad de Parkinson es multifactorial y el resultado de una predisposición genética que posiblemente interactúa con los factores ambientales, además que es un trastorno universal con una incidencia que varía entre 10 y 14 por cada 100.000 habitantes por año. Dado que es un trastorno crónico con curso prolongado, la prevalencia es mucho más alta que la incidencia, esta última llega hasta 18 por cada 100.000 habitantes por año pero la mayoría de los estudios que informan sobre la prevalencia cruda global (incluyendo hombres y mujeres a lo largo de toda la gama de edad), cae entre 100 y 200 por cada 100.000 personas (Organización Mundial de la Salud, 2006).

Su prevalencia sigue creciendo, en el año 2016 se estimó que 6,1 millones de personas en el mundo sufrían la enfermedad, lo que representó un aumento del doble con respecto al año 1990, se estima que para el año 2040, 17 millones de personas padezcan la EP, por esta razón es de todas las enfermedades neurológicas, la de más rápido crecimiento a nivel

mundial según el estudio de carga global de la enfermedad (Saavedra Moreno, Millán, & Buriticá Henao, Introducción, epidemiología y diagnóstico de la enfermedad de Parkinson, 2019). En Colombia la prevalencia de la EP por cada 1.000 habitantes es de 4,7 (IC95%: 2,2 a 8,9) (Padilla, Vesga, & León-Sarmiento, 2003). Y en el departamento de Antioquia se encontró una prevalencia de 30.7 por cada 100.000 habitantes (Ariza-Serrano, Guerrero-Vega, Ortiz, & Moreno-Lopez, 2016).

En Colombia, el Parkinson tiene asiento legal en las siguientes disposiciones:

- Constitución Nacional de Colombia: artículo 13 que hace referencia al cuidado especial del Estado a las personas que por su condición física o mental se encuentren en situación de debilidad manifiesta y el artículo 47 que habla sobre la política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos (Asamblea Constituyente de Colombia de 1991. Diario Oficial. 19191 Junio; 139(139)., Diario Oficial. 19191 Junio; 139).
- Plan decenal de salud pública 2012-2021 busca disminuir el impacto de la carga de enfermedad generada por los eventos, problemas y trastornos mentales a través del fortalecimiento y la ampliación de la oferta de servicios institucionales y comunitarios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, pág. 10).
- Ley 1616 de 2013 es la norma de la salud mental en Colombia, su objetivo es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental, mediante la promoción de la salud

y la prevención del trastorno mental (Congreso de Colombia. Ley 1616 de 2013. Ley de la salud mental. 2013 enero; 48.680, 2013).

- La Resolución 4886 de 2018 por la cual el Ministerio de Salud y Protección Social adopta la Política Nacional de Salud Mental, que busca para quienes padecen enfermedades mentales, una atención centrada en las personas, para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población, bajo condiciones de equidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Frente a lo expresado, se ha considerado de suma importancia realizar una revisión de literatura bibliográfica con el fin de generar la Estandarización del Cuidado a cuidadores de pacientes con Parkinson utilizando el Proceso de Atención de Enfermería basado en el Modelo de adaptación de Callista Roy con el propósito de generar una propuesta de cuidado que facilite la adaptación del cuidador en las cuatro modalidades de adaptación de Roy. Por ello en el presente estudio se plantea la pregunta ¿Cómo estandarizar el Proceso de Atención de Enfermería en la atención de cuidadores de personas con Parkinson utilizando el modelo de adaptación de Callista Roy?

Simultáneamente los resultados obtenidos servirán de base para nuevas investigaciones con cuidadores de pacientes con enfermedad neurodegenerativa donde se aplique el Modelo de Callista Roy.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Estructurar el Proceso de Enfermería con taxonomía NANDA- NIC- NOC para la atención del cuidador del paciente con Parkinson de la ciudad de Pereira

3.2 Objetivos específicos

Identificar los problemas y/o necesidades de cuidado enfermero en los cuidadores de pacientes con Parkinson reflejados en la revisión de literatura científica.

Observar a través de la literatura científica cuáles son los principales modos de adaptación en cuidadores de personas con Parkinson.

Identificar diagnósticos enfermeros NANDA para cada modo de adaptación relevante en el cuidador del paciente con Parkinson acordes a las necesidades de cuidado reflejadas en la literatura revisada.

Establecer metas de cuidado o resultados esperados NOC en el cuidador del paciente con parkinson según diagnóstico enfermero identificado.

Estandarizar el plan de cuidados de enfermería para lograr cada uno de los resultados esperados NOC según los diagnósticos enfermeros identificados en el cuidador del paciente con Parkinson

4. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

4.1. CUIDADO

Una enfermedad crónica se convierte en una alteración progresiva para la salud, los pacientes crónicos necesitan cuidado tanto del profesional como de su familia por el alto grado de dependencia de las actividades básicas de nuestra vida diaria.

La palabra cuidado implica describir las necesidades de los seres humanos entre ellas las fisiológicas, mentales, sociales, psíquicas, necesidades que nos permiten enfrentar la enfermedad, generar bienestar, manejo del dolor y todas aquellas circunstancias que hacen que el ser humano deba aplicar el término cuidado en todo aspecto de la vida; desde que nacemos, vivimos nuestra infancia, nuestra pubertad, al ser adultos y al llegar la muerte.

El cuidado de enfermería son las actividades que llevan a cabo las enfermeras y enfermeros en la atención de los enfermos, sus familias o una colectividad, con el fin de promover, prevenir o paliar la enfermedad, en este sentido Callista Roy (Cucliffe, McKenna, & Hyrkas, 2011) expresa que el cuidado de enfermería es “el enfoque en los procesos y los patrones de la vida de la gente, con un compromiso de promover la salud y un potencial completo para la vida en los individuos, las familias, los grupos y la sociedad global”

Colliere clasifica los cuidados en función de la finalidad que persiguen de la siguiente manera: de estimulación, de conservación y continuidad de la vida, de compensación, de confirmación, de auto imagen y de sosiego; la dimensión de afecto se relaciona con los tres últimos. Los cuidados de confirmación animan, permiten ganar seguridad y fortalecen la construcción del sentimiento de confianza en sí mismo. Los cuidados de auto imagen son el soporte de la comunicación no verbal, éstos contribuyen a construir y valorar la imagen de sí mismo. Los cuidados de sosiego, llamados en la actualidad "cuidados de relajación", aportan tranquilidad, liberación de tensiones y de éste modo contribuyen a apaciguar las turbulencias emocionales (Daza, Torres, & Prieto, 2005). García y Romero plantean que el afecto se identifica como una vivencia humana referida al tono emocional y al estado de ánimo, se traduce en los sentimientos y emociones de cada persona, que matiza sutilmente la interacción y se hacen evidentes en la relación interpersonal que se establece, imprimiéndole un carácter humano y terapéutico a la vez. Se caracteriza por la empatía, la comunicación, el respeto, el apoyo y los sentimientos que emergen del acto de cuidar, entre éstos: amor, ternura y compasión (Daza, Torres, & Prieto, 2005).

4.2. CUIDADOR

“El cuidador es aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales” (Daza, Torres, & Prieto, 2005). El

cuidador hace estas actividades de asistencia, generalmente por parentesco, vínculos de amistad o porque son vecinos o porque han construido una relación (Cruz & Ostiguin, 2010).

Existen muchos tipos de cuidadores, entre ellos el cuidador principal, el cuidador familiar y el cuidador primario. El cuidador principal es definido por Cruz y Ostiguín como la persona familiar o cercana que se ocupa de brindar de forma prioritaria apoyo tanto físico como emocional a otro de manera permanente y comprometida, el término se utilizaba para referirse a los miembros de la familia u otros importantes que atendieron al paciente en su domicilio y que fue identificado por el paciente como su cuidador principal (Cruz & Ostiguin, 2010).

Cruz y Ostiguín definen al cuidador familiar, como las personas que prestan atención a las personas que necesitan supervisión o asistencia en la enfermedad o la discapacidad. Ellos pueden proporcionar el cuidado en el hogar, en un hospital o en una institución, el concepto se refiere también a los padres, cónyuges u otros familiares, amigos, miembros del clero, profesores, trabajadores sociales, los demás pacientes, entre otros.

Cuidador primario es aquel que pone en marcha la solidaridad con el que sufre y el que más pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a su familiar o amigo. Esta persona es la que atiende en primera instancia las necesidades físicas y emocionales de un enfermo: papel que por lo general lo juegan el/la

esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que es significativo para el paciente (Cruz & Ostiguin, 2010).

El papel de cuidador, en la mayoría de los casos se convierte en un oficio cotidiano, porque este es quien lleva a los controles médicos a la persona que cuida, adicionalmente debe estar al tanto de los cambios en la nutrición y en la actividad física, al tener a su cargo toda la atención del paciente, la calidad de vida del cuidador se frecuentemente deteriorada (Sellén, 2007).

Las personas con alteraciones neurodegenerativas en su fase inicial no son totalmente dependientes, necesitan de una persona que sea su apoyo en el momento de enfrentarse a la nueva condición de salud; por lo tanto, precisa de un familiar que asuma el rol de cuidador supervisor, en el cual el principal objetivo será mantener el buen estado de salud de la persona cuidada, según las condiciones o posibilidades del medio que los rodea. El cuidador tiene ciertas características socioculturales y biológicas, como el ser mujer (esposa, hija, hermana o nuera), ya sea por vínculos afectivos o por una estrecha relación con el enfermo, desde los cuales ayudan al cuidado de personas con algunos grados de dependencia o discapacidad, por lo que esta labor no se hace tan visible ni se reconoce socialmente; sin embargo, es evidente la reorganización de la vida familiar para adaptarse a la nueva situación (Diaz, 2002).

Por otra parte, el cuidado de un paciente en fase avanzada genera gran incertidumbre entre el núcleo familiar y los cuidadores que se enfrentaran a este cuidado; el Parkinson es una enfermedad frecuente en adultos mayores y hace parte de una de las patologías crónicas más complejas lo que hace que la labor del cuidador sea compleja tanto por el alto nivel de dependencia que genera como la falta de conocimiento que existe sobre la enfermedad por parte de la sociedad.

La familia es el componente primordial para el cuidado de los individuos que padecen EP, esto ayuda a una mejor aceptación de la enfermedad y promueve su vida social, esta enfermedad es progresiva por eso su atención debe ser con más participación de los seres queridos, pues un solo cuidador no puede hacer frente al cuidado total del paciente, pues para tanto el enfermo como para el cuidador su calidad de vida se ve menoscabada.

4.3. La teoría de la adaptación de Callista Roy

Callista Roy empezó a desarrollar su teoría de adaptación mientras participaba en un programa de maestría en enfermería pediátrica en la Universidad de California en el año 1964 este modelo lo empezó a hacer basándose en las premisas científicas del trabajo de adaptación de Harry Helson, al ver la facilidad con que los niños se adaptaban a los cambios ocasionados por la enfermedad, se basó también en la teoría de sistemas de Von Bertalanffy (Flores & al, 2009). Roy describe su modelo “como un modelo de sistemas, no obstante también contiene niveles de análisis de interacción, y presenta sus cuatro conceptos

principales, los humanos como sistemas de adaptación, el ambiente, la salud y la meta de la enfermería”, por su parte las premisas filosóficas son el humanismo, veracidad y unidad cósmica, las cuales adoptan el holismo, las capacidades innatas y el propósito de los seres humanos (Cucliffe, McKenna, & Hyrkas, 2011).

De lo anterior, se puede afirmar que el modelo de adaptación de Roy tiene una alta carga religiosa y de valores de la enfermería, es por esto que la actitud de los profesionales de enfermería en la práctica y en el ejercicio de la profesión, su actitud hacia el individuo cuidado debe ser viéndolo como un ser holístico y no fragmentado, es decir, que las personas están inmersas en el ambiente constituido por sus creencias, valores, principios, sentimientos, vivencias; esto determina la forma como la persona se enfrentará a los estímulos del medio (Flores & al, 2009).

Para Roy, el objetivo de la enfermería es contribuir a la meta general del cuidado de la salud, es decir, la enfermería debe fomentar la adaptación en situaciones de salud y enfermedad, e incrementar la interacción de los sistemas humanos con el ambiente, para promover la salud, por tanto, las enfermeras deben buscar el mejoramiento del sistema a través de la aceptación, la protección y el fomento de la independencia, así como promover la transformación personal y ambiental, para esto Roy afirma que los estímulos a que debe ser expuesto el individuo son los focales en los que el individuo enfrenta forma inmediata; lo

contextuales que son todos los otros estímulos presentes; los residuales que son los estímulos que ha experimentado el paciente en su pasado en su experiencia.

La capacidad de adaptación del individuo en la interacción con las enfermeras depende de los estímulos a los que se exponga y su nivel de adaptación, es por esto, que de la intervención de las enfermeras depende el aumento, disminución o mantenimiento de los estímulos focales, contextuales, y residuales de manera que el paciente pueda enfrentarse a ellos, por eso, el papel de la enfermería es promover las respuestas de adaptación de las personas, estos modelos de adaptación son fisiológica-física, autoconcepto-identidad de grupo, desempeño de funciones e interdependencia (Cucliffe, McKenna, & Hyrkas, 2011).

4.4. MODOS DE ADAPTACIÓN

El modelo de Roy es determinado como una teoría de sistemas con un análisis significativo de las interacciones. Contiene cinco elementos esenciales: paciente, meta de la enfermería, salud, entorno y dirección de las actividades. Los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos (Flores & al, 2009).

4.4.1 Modo fisiológico y físico de adaptación

Esta modalidad representa la categoría del comportamiento de los aspectos físicos, tiene nueve componentes, existen cinco necesidades básicas: oxigenación, nutrición,

eliminación, actividad y reposo, y protección. También hay cuatro procesos complejos que son: líquidos, electrolitos y equilibrio ácido-base, función neurológica y función endocrina. A nivel grupal esta modalidad se refiere de cómo el ser humano a nivel colectivo se adapta en relación con los recursos en operación (Cucliffe, McKenna, & Hyrkas, 2011).

4.4.2 Modo de adaptación de auto concepto-identidad grupal

Aquí tanto los individuos y grupos representan los aspectos personales humanos, las necesidades básicas del individuo son: integridad psíquica y espiritual, la necesidad de saber quién es uno mismo de tal manera que pueda existir o ser sentido en unidad. El autoconcepto es el conjunto de creencias y sentimientos del individuo, este autoconcepto tiene los siguientes componentes: la sensación e imagen corporal y ser personal, que tiene que ver con la autoconsciencia, y el ser moral ético y espiritual. Por su parte la identidad está constituida por las relaciones interpersonales, la imagen propia del grupo, el medio social y cultural (Cucliffe, McKenna, & Hyrkas, 2011).

4.4.3 Modo de función del rol

En esta modalidad se refiere en que el individuo debe saber quién es en relación con los demás, es decir, sus funciones en sociedad, es el deseo de saber quién es uno mismo en relación con la sociedad. Las funciones al interior de los grupos, tiene que ver con el modo de actuar o comportarse para alcanzar las metas comunes (Cucliffe, McKenna, & Hyrkas, 2011).

4.4.4. Modo interdependencia

Esta categoría está ligada a las relaciones de dependencia mutua, aquí la relación del individuo tiene ver con el hecho de dar y recibir amor, respeto y valores mutuos, esto es, tener relaciones que nutran, que ayuden a la recuperación de la salud, entonces, estas relaciones son por lo regular con personas significativas para el sujeto de cuidado. Desde el punto de vista grupal, esta modalidad tiene que ver con las relaciones interpersonales al interior del grupo, existen relaciones privadas y privadas tanto al interior del grupo como al exterior de este, entonces aquí los componentes importantes son el contexto, la infraestructura y los recursos (Cucliffe, McKenna, & Hyrkas, 2011).

4.4.5. Respuestas adaptativas

Las respuestas adaptativas dependen de los estímulos a que está expuesta la persona y a los estímulos a que es expuesta (Flores & al, 2009). Para Roy las respuestas adaptativas son las aquellas son aquellas que afectan de forma positiva la salud, es decir, sostienen la integridad del sistema de adaptación del ser humano o del grupo de personas. Las actividades de enfermería respaldan las respuestas de adaptación y pretenden reducir las respuestas ineficaces (Cucliffe, McKenna, & Hyrkas, 2011).

4.4.6. Respuestas inefectivas

Las respuestas ineficaces o inefectivas son lo contrario a las respuestas adaptativas, esto es, que no promueven la integridad, ni contribuyen a la meta de adaptación e integración de las personas con el mundo (Flores & al, 2009). Roy define las respuestas ineficaces como aquellas que pueden constituir una amenaza inmediata o gradual al sistema, estas pueden presentarse en el nivel más alto del sistema, como la familia y el grupo (Cucliff, McKenna, & Hyrkas, 2011).

5. EL PROCESO DE ENFERMERÍA EN EL MODELO DE ADAPTACIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es el método por el cual la enfermera, lleva a cabo sus actividades para una atención con calidad, para los hacer diagnósticos de los pacientes oportunamente, para Roy el PAE “es un medio o método para la toma de decisiones” (Cruz & Ostiguin, 2010). Este método está compuesto por seis pasos a saber, valoración del comportamiento, valoración de los estímulos, diagnóstico de enfermería, establecimiento de metas, intervención y evaluación, pero siempre teniendo en cuenta en cada uno, la importancia de los valores, creencias, el ambiente y la cultura del o los individuos (Cucliff, McKenna, & Hyrkas, 2011).

En la valoración del comportamiento es necesario recoger datos de las acciones y estado el específico de adaptación en que se encuentra el paciente o grupo de personas, con el fin de

detectar los comportamientos ineficaces que trastocan el sistema de adaptación humano. En cuanto a la valoración de los estímulos, estos pueden ser internos o externos, con los cuales también se recopilan datos, con el fin de identificar las acciones que provocan una respuesta inmediata o indirecta en el individuo o en el grupo de personas, y así saber cuál es el nivel de afrontamiento de la situación que tiene el paciente, estos estímulos se clasifican en focales, contextuales y residuales (Cucliffe, McKenna, & Hyrkas, 2011).

Por su parte, el diagnóstico de enfermería es la interpretación de la información obtenida en la valoración del comportamiento la valoración de los estímulos, aquí la enfermera mediante afirmaciones hace un proceso de juicio, en el cual establece la condición del paciente o el grupo de personas, en cuanto a su adopción positiva o negativa, sus comportamientos y los estímulos que más influyen. En lo que tiene que ver con el establecimiento de metas, es que de acuerdo a los resultados conductuales, se establece el plazo y la forma como se llevará a cabo la observación de las conductas y la modificación del comportamiento del individuo el grupo de personas (Cucliffe, McKenna, & Hyrkas, 2011).

En lo que refiere a las intervenciones, es la manera como la enfermera, promueve o altera los estímulos y los armoniza con el proceso de afrontamiento específico, con el fin de generar un comportamiento de adaptación positivo, para esto en colaboración con el paciente o con el grupo de personas, debe identificar los estímulos y la forma de afrontamiento, analizar las diferentes alternativas y consecuencias que se pueden dar al modificar cada estímulo. Finalmente, la evaluación, es la verificación de la efectividad de las intervenciones llevadas a

cabo en el comportamiento del paciente o del grupo de personas, es decir, se examina si las metas fueron alcanzadas, de lo contrario debe iniciarse nuevamente el PAE teniendo en cuenta la información recogida y los resultados ya obtenidos (Cucliffe, McKenna, & Hyrkas, 2011).

En el proceso de cuidado de enfermería también se debe tener en cuenta los conceptos de salud, persona y ambiente. El concepto de salud es el reflejo de la interacción de los sistemas de adaptación de los individuos, donde se logra integralmente y positivamente las metas del proceso de cuidado (Cucliffe, McKenna, & Hyrkas, 2011). En relación con el concepto de persona, ésta en el proceso de cuidado debe verse a la persona como un sistema holístico, esto es, que el individuo debe mirarse como un ser integral, en otras palabras, la persona es un todo en que todas sus partes están interconectadas, las cuales mediante los estímulos (internos y externos) focales, contextuales o residuales, se hace el proceso de afrontamiento y retroalimentación, para poder obtener una respuesta adaptiva eficaz o positiva en la persona (Cucliffe, McKenna, & Hyrkas, 2011). Referente al ambiente, este corresponde a la percepción interior que cada persona o grupo de personas tienen del mundo, el ambiente es cambiante y las personas interactúan con estos cambios, lo que influye en su modo de adaptación, convirtiéndose en oportunidades de crecimiento, desarrollo y transformación que va interrelacionado con los tres tipos de estímulos ya mencionados, lo que mide el nivel de adaptación de la persona o grupo de personas (Cucliffe, McKenna, & Hyrkas, 2011).

6. PARKINSON

La enfermedad de Parkinson afecta a millones de personas en el mundo, representa el segundo trastorno neurodegenerativo situándose por detrás de la enfermedad de Alzheimer. A medida que pasan los años, nuestro cuerpo sufre varios cambios fisiológicos comprometiendo el sistema locomotor debido al daño neuronal. Esta enfermedad no tiene cura, pero sus manifestaciones clínicas pueden ser tratadas. La dopamina es el principal neurotransmisor que se ve afectado en la enfermedad de Parkinson, esta participa en la coordinación y movimiento del cuerpo humano (FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, GASCA SALAS C, SÁNCHEZ FERRO, & OBESO, 2016).

La enfermedad de Parkinson se presenta a partir de la sexta década de vida y es considerada como enfermedad catastrófica. Estudios evidencian que se han presentado casos de enfermedad de Parkinson en edades tempranas. Uno de los cambios fisiológicos que ocurre en la enfermedad del Parkinson es la muerte de las neuronas dopaminérgicas siendo éstas las que regulan los niveles de dopamina en el cerebro, estas células se encuentran en la región conocida como la sustancia negra. Esto conlleva a que las transmisiones neuronales disminuyan, afectando seriamente la parte cognitiva y motora de la persona. Esta enfermedad no tiene una causa aparente pero factores ambientales y genéticos influyen en su aparición (National Institute of Neurological Disorders and Stroke-Office of Communications and Public Liaison-National Institutes of Health-Bethesda, MD 20892, 2016)

Con respecto al tratamiento, se debe tener en cuenta si hay o no compromiso funcional en el paciente. Cuando no se evidencia alteración de su funcionalidad está indicado administrar inhibidores de la monoaminoxidasa tipo B (iMAO-B), amantadina o anticolinérgicos (LEE & BECERRA, 2018). Cuando se evidencia alteración funcional se debe tener en cuenta la edad y el estado cognitivo, en esta fase se debe iniciar levodopa y una precaución a tener en cuenta es valorar estrechamente al paciente para identificar a tiempo la presencia de alucinaciones y trastornos de la conducta (MARIN, HANS CARMONA, IBARRA Q, & GÁMEZ C, 2018). Todo esto teniendo en cuenta estado en general del paciente, patologías de base, apoyo familiar, aceptación de la enfermedad por la cual se está cursando en este momento ya que todos los pacientes presentan y se encuentran situaciones variables; esto también se direcciona según su médico tratante.

Actualmente, la Estimulación Cerebral Profunda (ECP) es la terapia más extendida para el tratamiento quirúrgico de la EP, aunque antes de esto la talamotomía, palidotomía y subtalamotomía eran las únicas opciones que tenían los pacientes con EP avanzada, pero fueron reemplazadas por la ECP al mostrar menos complicaciones y necesidad de repetición, posibilidad de terapia bilateral y mejorías en las funciones motoras y no motoras iguales o mayores. Sin embargo, las intervenciones neuroablativas podrían ser consideradas en pacientes que no responden a la ECP o han tenido complicaciones por ésta, teniendo en cuenta que son menos costosas y no necesitan el seguimiento estricto de la ECP (MARIN, HANS CARMONA, IBARRA Q, & GÁMEZ C, 2018). La talamotomía y la palidotomía son las

intervenciones quirúrgicas. La talamotomía es una cirugía invasiva que consiste en la destrucción o extirpación de células del tálamo y la palidotomía es la destrucción del globo pálido, estos procedimientos mejoran los síntomas motores en el paciente.

La ECP es una técnica de neuromodulación cerebral que se ha empleado en pacientes con EP así como para tratar la distonía, temblor esencial, depresión mayor, trastorno obsesivo compulsivo, entre otras. La ECP ha demostrado su efectividad en los pacientes con EP en quienes los síntomas han progresado y perdido la respuesta a la terapia farmacológica, en aquellos que no toleran sus efectos adversos o cuyos síntomas como el temblor son refractarios. En esta terapia de estimulación eléctrica se implanta uno o más electrodos en regiones cerebrales específicas, los cuales se conectan a un marcapaso subcutáneo implantado en el pecho desde donde se modula eléctricamente los patrones de despolarización, repolarización y conducción del potencial de acción de las neuronas (MARIN, HANS CARMONA, IBARRA Q, & GÁMEZ C, 2018). Los puntos más utilizados para intervención son en el núcleo del tálamo esto ayuda a la mejoría de síntomas tales como el movimiento repetitivo, equilibrio, marcha, deglución entre otros; claro está que los efectos adversos pueden estar presentes entre ellos convulsiones, rigidez generalizada postoperatoria, ACV, trombosis.

Dentro del tratamiento no farmacológico se cuenta con terapias rehabilitadoras que buscan mejorar los síntomas motores, alteraciones del lenguaje y los trastornos deglutorios por medio del mantenimiento del tono muscular y actividad física regular, esto puede ayudar a

evitar efectos secundarios causados por tratamientos farmacológicos. Gracias a estas terapias se consigue reducir los síntomas de la enfermedad, además de retrasar la progresión inevitable de la misma, buscando así que la persona pueda tener una mejor calidad de vida (VARGAS JARAMILLO & BARRIOS VINCOS, 2019). Teniendo en cuenta los efectos adversos del tratamiento farmacológico y quirúrgico, existe esta opción de estimulación que pretende ayudar a que el cuerpo recuerde su estado anterior es decir, mejorar la musculatura por medio de terapias no invasivas para que por medio de ejercicios su rigidez y mal acondicionamiento disminuyan y/o progresen, estas terapias de estimulación física no solo promueven regenerar físicamente sino también el estado de ánimo del paciente mejorara significativamente.

De igual manera, es importante realizar terapia ocupacional para ayudar a estas personas a adaptarse a su nuevo entorno y lograr una mayor independencia en la realización de sus actividades de la vida diaria (VARGAS JARAMILLO & BARRIOS VINCOS, 2019).

Por otra parte, se ha demostrado algunos avances en el tratamiento del Parkinson como es la terapia génica, esta consiste en realizar una modificación a la estructura de la célula Diana a fin de modificar el ADN y cambiar factores determinantes que producen esta enfermedad (MARIN, HANS CARMONA, IBARRA Q, & GÁMEZ C, 2018). La Fundación Michael J. Fox ha implementado esta terapia en la cual se introduce un implante que convierte la levodopa en dopamina. Gracias a los grandes resultados de esta terapia se espera que sea primordial para el tratamiento del Parkinson, aunque se encuentre en etapa experimental sus

resultados dan a conocer de qué va a ser fundamental en tratamiento futuro de la enfermedad de Parkinson.

Varios científicos vienen trabajando en cómo tratar la enfermedad con medicina regenerativa y el uso de células madre. Este tratamiento se encuentra en fase experimental, se espera que mediante la implantación de estas se logre regenerar las áreas del cerebro afectadas. La medicina regenerativa lo que busca es reemplazar las células dañadas por células nerviosas productoras de dopamina (Stem Cells Australia-IMBA - Institute of Molecular Biotechnology, 2020).

Otro estudio realizado, TRANSEURO, realizó transplante de células dopaminérgicas de fetos humanos con el fin de evitar los movimientos involuntarios en el paciente. Este estudio fue realizado en personas con enfermedad de Parkinson en edad temprana y aún se encuentra en fase exploratoria (Barker, 2017). TRANSEURO es un consorcio de investigación en Europa, su propósito es encontrar un tratamiento manejando células fetales, este equipo multidisciplinar cuenta con personal idóneo y capacitado, se encuentra coordinado por el profesor Roger Barker de la universidad de Cambridge.

7. METODOLOGIA.

TIPO DE ESTUDIO:

En la presente revisión bibliográfica se realizó un análisis de la información recopilada y disponible en la literatura relacionada con los modos de adaptación en la función del rol y autoconcepto de los cuidadores de personas con enfermedad de Parkinson.

DISEÑO METODOLÓGICO

Esta revisión se realizó a partir de la búsqueda en bases de datos indexadas más relevantes como: Scimedirect, Scielo, Proquest, Researchgate. Se utilizaron descriptores en salud (DeCS) (español y portugués) como: Enfermedad de Parkinson (Doença de Parkinson), Cuidadores (Cuidadores), calidad de vida (Qualidade de Vida), autoconcepto del cuidador (auto-conceito do cuidador), rol del cuidador (papel de cuidador).

Además, se utilizaron descriptores MeSH para la búsqueda en el idioma inglés como: Caregivers, Parkinson Disease, Quality of Life, caregiver self-concept, caregiver role.

Los registros obtenidos para los tipos de descriptores utilizados oscilaron entre 26 de 52 artículos, de los cuales se clasificaron según modo de adaptación función del rol en cuidadores de pacientes con Parkinson, otros que se enfocan de forma genérica al cuidador y artículos relacionados con la Enfermedad de Parkinson y su cuidado, pero no especificando el cuidador familiar.

MUESTRA

Se utilizaron 28 artículos como muestra para la revisión de las temáticas principales modos de adaptación función del rol y adaptación del autoconcepto, estos en idiomas portugués, inglés y español.

CRITERIOS

Para la búsqueda se utilizaron los siguientes criterios:

De inclusión:

- Los artículos relacionados con modos de adaptación función del rol y adaptación del autoconcepto en cuidadores de pacientes con Enfermedad de Parkinson.
- Búsqueda en diferentes idiomas tales como inglés, portugués y español

De Exclusión:

- Artículos relacionados solo en cuidadores de adultos mayores.
- Artículos relacionados con los cuidados a otros tipos de patologías neurogenerativas.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

- Para la recopilación de la información, se diseñó una matriz que contenía los siguientes criterios: Año de publicación, título de artículo, autores, referencia (link), objetivo del

estudio, metodología, población de estudio, resultados, categoría de documentos, aporte de este artículo a nuestra investigación, modo de adaptación, país e idioma del artículo.

- En el contenido de la búsqueda se pudo realizar un filtro de múltiples temas que no se habían abarcado en el inicio de la revisión, tales como Escalas aplicadas al Cuidador Familiar tal como el Test de Zarit, la cual mide el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de ancianos afectados de trastornos neurodegenerativos. A partir de estos criterios y luego de realizar la búsqueda, se logró organizar la información de la siguiente manera:

Distribución por año

Entre los artículos seleccionados se encontraron 2 artículos entre los años 2010 y 2012; 8 para los años 2013 a 2015; 17 para 2016 – 2018 y 1 para el año 2019.

Distribución según su origen

Entre los artículos utilizados se encontró que el 11 % fueron publicados en Brasil, seguido con un 23 % en Colombia un 4 % en Cuba, EEUU con 4 % México con 4 % y Reino Unido con 8 % El país en donde se generó mayor número de publicaciones, fue en España con un 46 %.

Distribución según su idioma

Entre los artículos utilizados, se encontró que el 8 % fueron publicados en el idioma portugués, seguido a un 8 % en inglés y predominando el español con un 84 %.

Distribución según base de datos

Entre los artículos utilizados se encontró que el 23 % fueron extraídos de la base de datos de sciencedirect seguido del 8 % en revista de enfermería, y los restantes el 42 % abarcan en el bloc, minsalud, NIH, Proquest, Redalyc, repositorio, researchgate, revista de neurología, Sprenger, universitat Rovira i Virgili, La base de datos donde se encontró mayor publicación relacionada con el tema de la revisión, fue en scielo con un 27 %.

8. RESULTADOS

Los temas que surgieron de la revisión de literatura son las relacionadas con la modalidad de adaptación en el desempeño de funciones y autoconcepto identidad de grupo como se muestran en la tabla 1. Se desarrollaron propuestas de cuidado para: 00061 Cansancio del rol del cuidado, 00060 Interrupción de los procesos familiares, 00052 Deterioro de la interacción social, 00223 Relación ineficaz, 00074 Afrontamiento familiar comprometido, 00167 Disposición para mejorar el autoconcepto, 00153 Riesgo de baja autoestima situacional, 00118 Trastorno de la imagen corporal fundamentados en el modelo de Roy.

Tabla 1

Modo de adaptación Función del Rol y Diagnósticos enfermeros

| Modo de adaptación | Categoría | Diagnóstico Enfermero |
|------------------------|-------------------------|--------------------------------------|
| Desempeño de funciones | Sobrecarga del cuidador | 00061 Cansancio del rol del cuidador |

| | | |
|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Integridad social | 00060 Interrupción de los procesos familiares. 00052 Deterioro de la interacción social 00223 Relación ineficaz |
| Autoconcepto identidad de grupo | Sentimientos del Cuidador | 00074 Afrontamiento familiar comprometido 00153 Riesgo de baja autoestima situacional |
| | Ser físico, imagen del cuidador | 00118 Trastorno de la imagen corporal. |

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de resultados

9. DISCUSION

Modo de Adaptación Desempeño de Funciones

La sobrecarga del cuidador, conlleva al cansancio de su rol, también genera inconvenientes en los proceso familiares, así como un deterioro en sus interacciones sociales, como también a la ineficacia en la interacción con el sujeto de cuidado, toda vez, que tiene la carga de asistir a la persona enferma en su nutrición, en económica y en lo social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017; Cruz & Ostiguin, 2010). Estudios previos, como el realizado en el pacífico colombiano, evidencian que predomina la sobrecarga intensa en los cuidadores (Carrillo, Chaparro, & Sánchez, 2014) concordantes con los resultados de Toros- Moraga & Rivas- Riveros (2016) que encontraron una sobrecarga intensa en los cuidadores. Resultados parecidos se hallaron en una investigación hecha en Cáqueza y Bogotá (Barreto-Zorza, Enríquez-Guerrero y Velásquez-Gutiérrez, 2017).

De ahí que la sobrecarga pueda llegar a afectar a los cuidadores de manera física y emocional (Ruíz Atunéz, 2013). Investigaciones equivalentes, revelan que el cuidador principal se convierte en un enfermo secundario, al verse expuesto a una elevada carga física y psíquica, que le causan temores, depresión y culpa, generándole problemas sociales y familiares (Centro de Investigación biomédica en red de enfermedades neurodegenerativas, 2013; Carrillo, Chaparro, & Sánchez, 2014). De similar manera, Pérez, Muñoz, Soto, Uncilla & González (2016), mencionan, que la sobrecarga en los cuidadores, les genera miedos anticipatorios, culpa, depresión, ansiedad, insomnios, problemas de tipo somático y distres psicológico crónico. Así mismo, los cuidadores informales de pacientes con diagnóstico de Parkinson, se ven abocados a cargas mentales, que le afectan su calidad de vida y del sueño; lo que produce en el cuidador sentimientos negativos como la depresión, el miedo y la ansiedad; además de cansancio físico, psicológico, espiritual; y e muchos casos frustración y aislamiento social, insomnio y sueño poco reparador (Cubillos & Coral ,2018).

De otra parte, se encontró que en colombiana, el rol de cuidador es prevalente en el género femenino, quedando confirmado que el papel de la mujer durante la historia ha sido proveedora del cuidado a sus descendientes y ancianos (Barreto-Zorza, Enríquez-Guerrero y Velásquez-Gutiérrez, 2017); (Barrera, Pinto, & Sánchez, 2006); (Montalvo -Prieto & Flórez-Torres, 2008), De similar manera, en un estudio más actualizado realizado en México, en el cual el 83,6% de los cuidadores está conformado por mujeres (Del Ángel-García, León- Hernández, Médez- Santos,

Peñarrieta De Córdoba, & Flores-Barrios, 2020). De este modo, se puede afirmar que Colombia y México son dos sociedades donde las mujeres juegan un rol similar al adquirir la responsabilidad como cuidadora de sus parientes más cercanos.

Por último, el rol de enfermería consiste en la educación y la reducción de sobrecarga a los cuidadores informales, con el fin de facilitar el rol de cuidador y darle instrumentos para un cuidado adecuado. Entonces, el profesional de enfermería debe ser una persona con los conocimientos, habilidades y competencias suficientes, que pueda emitir los juicios de valor adecuados para la solución de problemas y diagnósticos del paciente, esto en concordancia con la teoría de adaptación de Callista Roy (Cruz & Ostiguin, 2010) & (Cucliffe, McKenna, & Hyrkas, 2011).

De acuerdo a lo antedicho puede considerarse que los cuidadores son personas que ayudan sin ninguna remuneración, generalmente en el contexto del hogar, dedicando mucho tiempo y energía, que puede ser durante años, con un alto grado de compromiso y afecto hacia el enfermo (Cerquera & Pabón, 2014).

Modo de adaptación autoconcepto identidad de grupo

El autoconcepto del cuidador es un proceso de adaptación a la nueva situación de la vida tanto de este como de la persona discapacitada que requiere cuidado. Esto conlleva a que los

cuidadores informales, primario y familiares experimenten nuevos sentimientos negativos y positivos, así como también afectaciones en su presentación personal y física.

Sentimientos del Cuidador.

En el cuidador primario y familiar, se generan muchas emociones negativas y positivas. Dentro de las negativas están la ira, la depresión, los miedos, la culpa, la frustración, entre otras; las negativas por su parte, son la satisfacción, el amor, el cariño, sentirse útil y la paz interior. Por eso, el cuidador a lo primero que se ve abocado es a la afrontación, no solo de la nueva situación de la persona a cuidar sino de la propia; y en segundo lugar debe correr el riesgo de la baja autoestima, cualidad que depende de sus experiencias afectivas y familiares.

00074 Afrontamiento familiar comprometido.

El papel de cuidador de personas discapacitadas, conlleva a que estos tengan que cambiar su estilo de vida, toda vez, que dedican demasiado tiempo y esfuerzo en esta tarea, por eso en muchas ocasiones necesitan apoyo de otras personas como por ejemplo familiares, en este sentido con se requiere de un afrontamiento familiar comprometido para el cuidado de la persona con Parkinson.

Por lo antedicho, es que Guerrero, Villamil, & Persad, 2018 afirman, que es tal desproporción en el esfuerzo y tiempo que dedican los cuidadores a esta actividad que se olvidan de su propio cuidado, y como causa de esto aparece el cansancio y las afectaciones de la salud,

que hacen que el cuidador deba y necesite pedir relevos a otras personas. Iguales resultados encontraron González & Reyes (2012) al comentar que los cuidadores se dedican tanto en esta tarea, que dejan de atenderse a sí mismos, toda vez que abandonan su vida social y recreativa, acarreandoles efectos negativos en su salud y bienestar . Por otro lado, estudios muestran que esta dedicación e intensidad en el cuidado familiar de las personas dependientes, es asumido en su gran mayoría por las mujeres, lo que puede generar baja autoestima, generándoles problemas de salud física y mental e, incluso accidentes (Delicado, et al, 2010).

En igual sentido, Zaragoza, et al (2014) concuerdan en que el cuidado de personas con Parkinson, en muchas ocasiones deterioran la salud del cuidador, y por eso, expresan que en el proceso de afrontamiento en la nueva situación, para el cuidado de las personas con Parkinson, son esenciales tres etapas o ciclos, la primera de ellas es la aceptación, definida como un elemento interno del cuidador frente a la situación que empieza a afrontar, esta es primordial para el resto del proceso, ya que le permite prepararse para las consecuencias de la enfermedad y los nuevos estilos de vida; el segundo ciclo es la adaptación, que se adquiere con el pasar del tiempo, en esta etapa se asimila la enfermedad ayudándolo a convivir con la situación; la tercer y última etapa es el automanejo, aquí el cuidador aprende a gestionar y manejar con cierta autonomía e independencia su rol y la situaciones que se le presentan en sus actividades diarias de cuidado. Eso sí, estas etapas deben ser compartidas con regularidad con otros familiares, con el fin de evitar la sobrecarga en el cuidador principal.

00153 Riesgo de baja autoestima situacional.

El rol de cuidador está muy relacionado con la cualidad de la autoestima, influye mucho el autoconcepto que la persona cuidadora tiene de sí misma, porque dependiendo de cómo la persona se percibe a sí misma, así es su personalidad. En la investigación de Guerrero, Villamil, & Persad, (2018) comentan, que la autoestima del cuidador está determinada por las experiencias afectivas de su primera infancia con el sujeto de cuidado o sus padres, por eso al crecer en un hogar donde prevaleció el apoyo hace que tengan la capacidad de enfrentar las situaciones, entonces los cuidadores actúan en son de su percepción de la persona con discapacidad. Es así, que si este tiene baja autoestima (percepción indeseable de sí mismo), el cuidador empieza a tener sentimientos de ansiedad, soledad, impotencia y despersonalización, lo que le puede llevar a aislarse y retraerse; por estas razones, necesitan escuchar que los cuidados que brindan están bien realizados; además es importante el diálogo, con el propósito de tener la oportunidad de expresar sus sentimientos, y así, evitar las emociones y consecuencias antes mencionadas (González & Reyes, 2012).

En otros estudios se tienen resultados parecidos, como el de Delicado, et al, (2010) que afirman que el apoyo social, principalmente el familiar, es muy importante para evitar la baja autoestima de los cuidadores; por ejemplo, el agradecimiento y reconocimiento de su buen trabajo por parte del sujeto de cuidado y de otros familiares ayuda al bienestar y la autoestima del cuidador, lo que se traduce en una satisfacción, orgullo por lo que hacen y la dignificación de la labor que desempeñan.

Ser físico, imagen del cuidador.

El arduo trabajo y dedicación de los cuidadores en la atención de las personas con alguna discapacidad cognitiva como el Parkinson, puede acarrear que este descuide su propio cuidado desde el punto de físico, mental, social y familiar; una de las consecuencias es que llegue desatender su imagen corporal.

00118 Trastorno de la imagen corporal.

El trastorno de la imagen corporal en palabras de Argüello & Romero (2012) es una preocupación exuberante, que ocasiona incomodidad, hacia algún defecto ficticio o extremo del aspecto físico; además, que el diagnóstico de este trastorno se hace a través de cambios que observa el individuo en el desempeño del rol normal, de la identidad personal y la autoestima. De ahí que González & Reyes (2012) mencionen que es frecuente que en los cuidadores se presente una alteración de la imagen corporal, toda vez que, el cambio de situación del desempeño normal de su vida, se ve alterado por el rol de cuidador permanente. Igualmente Conde, (2009) expresa que en los cuidados de las personas dependientes es frecuente sufrir de baja autoestima y que uno de los riesgos ligados a este fenómeno es el trastorno de la imagen corporal.

CONSIDERACIONES ETICAS

En este estudio se tendrán en cuenta los principios bioéticos establecidos en la Resolución 8430 de 1993 sobre investigación con sujetos humanos. La investigación se considera de riesgo mínimo, porque se realizará una revisión sistemática de la literatura basada en la evidencia y el producto final de la investigación es elaborar un plan de cuidados estandarizado para el paciente con enfermedad renal crónica.

CONCLUSIONES

Se evidencia que a lo largo de esta revisión bibliográfica se han captado las diferentes necesidades que tienden a tener los cuidadores de pacientes con parkinson, ya sean fisiológicas, mentales, sociales, o psíquicas las cuales permiten decir y clasificar el estado de una persona en este caso el cuidador o el paciente y que permiten ver qué tan afectado está su rol como cuidador y la calidad de vida. Ejemplo de esto lo vemos cuando el cuidador informal, al desempeñar su rol tiende a tener una sobrecarga al realizar sus tareas, es por esto que preparando más al cuidador y familiares en cuanto a su función del rol, se podrá disminuir esta carga producida por la transición en su rol y esto conlleva a mejorar la calidad de vida de él.

Dentro de los modos de adaptación del cuidador de personas con parkinson se observaron, a través de la revisión de literatura científica, los mencionados por la teórica de enfermería Callista Roy: modo fisiológico y físico de adaptación, modo de adaptación de autoconcepto-identidad

grupal, modo de función del rol y modo interdependencia; estos modelos proponen una forma de reaccionar positivamente ante los cambios producidos en el entorno de una persona, por lo tanto, favorecen la resiliencia y un enfoque más adecuado de afrontar los cambios que se producen en la vida, pensamientos y conductas de los cuidadores de personas con parkinson. De este modo, es posible destacar los principales modelos de esta teórica, que pueden ser aplicados a los cuidadores de personas con algún trastorno o enfermedad mental, como el parkinson, estos son: Modo de Adaptación Desempeño de Funciones y Modo de Adaptación Autoconcepto; esta adecuación del rol y del concepto que el cuidador tiene de sí mismo, respectivamente, suponen una nueva visión o perspectiva de abordaje a las funciones y tareas cotidianas que cada cuidador desarrolla, que además de mejorar el proceso de adaptación del cuidador, simboliza también, mejores condiciones de bienestar para la persona o paciente que requiere del cuidado. pues en este orden de ideas, una mejor salud mental y emocional del cuidador se verá reflejada en la calidad de sus cuidados que este ofrece.

En el trabajo realizado en esta investigación se logró instaurar un plan de atención de enfermería el cual se vinculó con los modos de adaptación que más predomina en la investigación, de estos se tomaron dos categorías de cada uno de los modos a las cuales se le realizaron 8 diagnósticos enfermeros en el cual cada diagnóstico contaba con dos Noc un total de 16 y cada Noc con 3 Nic un total de 48 y los Nic con sus diferentes actividades, esto con el fin de clasificar a los cuidadores de pacientes con parkinson en uno de estos diagnósticos según su modo afectado y la categoría. En este estudio se identifica que el diagnóstico enfermero que más predomina es: [00061] Cansancio del rol del cuidado seguido de [00060] Interrupción de los procesos familiares en los

cuales se identificó mayor afectación por la sobrecarga en el cuidado y por la integridad social. en este orden de ideas también se identificó uno que tuvo mayor relevancia para establecer la meta(NOC) de cuidado en el cuidador de paciente con parkinson: [2203] Alteración del estilo de vida del cuidador principal; así mismo las intervenciones de enfermería que más predominaron fueron: [7040] Apoyo al cuidador principal, [5230] Mejorar el afrontamiento y [7180] Asistencia en el mantenimiento del hogar, es así que conociendo esto, el Proceso de atención de enfermería es fundamental para establecer un plan con los cuidadores de pacientes con parkinson puesto que estos presentan múltiples alteraciones en el proceso de transición a su Rol y es deber de los profesionales de la salud identificar estas alteraciones y realizar un plan en pro de un beneficio en común y una satisfacción de las necesidades para los cuidadores informales.

Referencias Bibliográficas

- Argüello, L., & Romero, I. (2012). Trastorno de la imagen corporal. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 4 (1): 478-518. Obtenido de <http://revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/1005/1017>
- Ariza-Serrano, L. M., Guerrero-Vega, J., Ortíz, P., & Moreno-Lopez, C. (Junio de 2016). Caracterización de pacientes con enfermedad de Parkinson en un centro. *Acta Neurológica Colombiana*, 32(3)(203-208).
- Asamblea Constituyente de Colombia de 1991. Diario Oficial. 19191 Junio; 139(139). (Diario Oficial. 19191 Junio; 139). Constitución Política de Colombia de 1991.
- Barker, R. (DICIEMBRE de 2017). *TRANSEURO*. Obtenido de <http://transeuro.org.uk/>
- Barrera, L., Pinto, N., & Sánchez, B. (2006). Habilidades de cuidado de cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica: Comparación de géneros. *Enfermería Actual*, 9-13.
- Bustamante, G. C., & Quintana Quispe, G. O. (2014). Ataxia Cerebelosa. *Rev. Act. Clin. Med*, 2368-2372. Recuperado de: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682014000600003&lng=es&nrm=iso>. accedido en 07 abr. 2020.
- Camila Padovani, e. a. (Septiembre de 2018). Ser cuidador de personas con enfermedad de Parkinson: situaciones experimentadas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(6 2628-2634).

- Carrillo, G., Chaparro, L., & Sánchez, B. (2014). Carga del cuidado en cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en la región Pacífica Colombiana. *Ciencia y Enfermería*, 83-91.
- Centro de Investigación biomédica en red de enfermedades neurodegenerativas. (Agosto de 2013). El estrés en los cuidadores de personas con Parkinson. *Instituto de Salud Carlos III*, 42-65(6).
- Cerquera, A., & Pabón, D. (2014). Intervención en cuidadores informales de pacientes con demencia en Colombia: una revisión. *Psychol*, 73-81.
- Conde, L. (2009). *Lo cuidados a personas con dependencia*. Obtenido de <https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO25078/conde-cuidados-01.pdf>
- Congreso de Colombia. (2005). Ley 972 de 2005.
- Congreso de Colombia. Ley 1616 de 2013. Ley de la salud mental. 2013 enero; 48.680. (2013). Ley 1616 de 2013 Ley de la salud mental.
- Cruz, J., & Ostiguin, R. (Octubre de 2010). Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico? . *Enfermería universitaria*, 8(1).
- Cubillos, A., & Coral, R. (2018). Carga de cuidadores informales de pacientes con diagnóstico de Parkinson. *Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales*.
- Cucliffe, J., McKenna, H., & Hyrkas, K. (2011). *Modelos de Enfermería. Aplicación Práctica*. Santiago de Chile: Manual Moderno.
- Cuidate Plus. (15 de Septiembre de 2015). *Enfermedades neurológicas*. Obtenido de Ataxia: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/neurologicas/ataxia.html>

- Daza, R., Torres, A., & Prieto, G. (Mayo de 2005). Análisis crítico del cuidado de enfermería. *Index Enferm*, 14(48-49).
- Del Ángel-García, J., León- Hernández, R., Médez- Santos, G., Peñarrieta De Córdoba, I., & Flores-Barrios, F. (2020). Relación entre sobrecarga y competencias del cuidar en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas. *Med UNAB*, 233-241.
- Delicado, M., Alcarria, A., Ortega, C., Alfaro, A., García, F., & Candell, E. (2010). Autoestima, apoyo familiar y social en cuidadores familiares de personas dependientes. *Metas de Enfermería*, Vol. 13 (10). 26-32.
- Della Latta, M. P., Blocha, M., Lución, M. F., & Gentile, A. (2018). Recomendaciones ante exposición a. *Rev. Hosp. Niños (B. Aires)*, 60(268):78-84.
<http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2018/05/268-13-Recomendaciones-Latta.pdf>.
- Diana, A. (Enero- diciembre de 2006). La historia del cuidado y su influencia en la concepción y evolución de la enfermería. *Investigación en enfermería, imagen y desarrollo*, 8(1-2).
- Diana, A. e. (enero-junio de 2011). Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia. *Scielo*, 13(27-46).
- Diaz, L. (Marzo de 2002). El arte y la ciencia del cuidado. *Unibiblos*, 12-16(9).
- Espinoza, E., Méndez, V., Lara, R., & Rivera, P. (2009). Factores asociados al nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes. *Theoria*, 69-79.
- Fernández Martínez, E., Jorge Rodríguez, J. L., Rodríguez Pérez, D., Crespo Moinelo, M., & Fernández Paz, J. (2013). La neurorrehabilitación como alternativa esencial en el abordaje

terapéutico de las ataxias cerebelosas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(3), 489-500.

Recuperado en 07 de abril de 2020, de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-

[34662013000300007&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000300007&lng=es&tlng=es).

FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, R., GASCA SALAS C, C., SÁNCHEZ FERRO, Á., & OBESO, J. Á. (3 de 2016). ACTUALIZACIÓN EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON. *REVISTA MEDICA CLINICA CONDES* (363-379).

Fica, A., Díaz, M. C., Aguilar , C., & Velázquez, J. C. (2019). Meningitis aséptica en pacientes con parotiditis viral durante un brote epidémico. *Revista chilena de infectología*, 36(1), 106-111. <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182019000100106>.

Flores, L. D., & al, e. (Mayo de 2009). Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichan*, 2(1).

Garcés, M. (2016). *Las enfermedades neurodegenerativas en España y su impacto económico y social*. Informe documental, Universidad Complutense y Neuroalianza, Madrid.

García, A. V. (2011). Ataxia cerebelosa. *Reduca*, 3 (1): 144-155. <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/875/891>.

Gómez-Soto, M. (2006). Cuidar al cuidador informal. Fundación de la Enfermería de Cantabria. *Nuber Cientif*, 57-62.

González, U., & Reyes, A. (2012). Algunos aspectos del proceso que viven los cuidadores primarios de un enfremo crónico-degenerativo. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, Vol. 15, (2). 636-661.

- Guerrero, C., Villamil, R., & Persad, E. (2018). Nivel de resiliencia y autoconcepto en los cuidadores de personas en situación de discapacidad. *Revista Síndrome de Dwom*, Vol. 35, 26-32.
- Hernández, N. E., Moreno, C. M., & Barragán, J. A. (Junio de 2014). Necesidades de cuidado de la díada cuidador-persona: expectativa de cambio en intervenciones de enfermería. *Revista Cuidarte*, 748-56(5(2)).
- LEE, J. D., & BECERRA, L. (Mayo de 2018). TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS SÍNTOMAS MOTORES DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON. *Revista Salutem Scientia Spiritus*, 4(1).
- MARIN, D., HANS CARMONA, V., IBARRA Q, M., & GÁMEZ C, M. (MARZO de 2018). ENFERMEDAD DE PARKINSON: FISIOPATOLOGÍA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. *REVISTA DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER*, 5(1).
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Boletín de salud mental*. Boletín, Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental, Subdirección de Enfermedades No Transmisibles, Bogotá D.C.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Resolución 4886 de 2018.
- Mitta, O. S., Mack, K., & Bower, J. H. (2017). Fragile X-associated Tremor/Ataxia Syndrome in an Adolescent Female. *Movement Disorders Clinical Practice*, 4(5), 778–780. <https://doi.org/10.1002/mdc3.12513>.

Montalvo -Prieto, A., & Flórez-Torres, I. (2008). Características de los cuidadores de personas en situación de cronicidad. *Salud Uninorte*, 181-190.

National Institute of Neurological Disorders and Stroke-Office of Communications and Public Liaison-National Institutes of Health-Bethesda, MD 20892. (20 de Diciembre de 2016). *National Institute of Neurological Disorders and stroke*. Obtenido de https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/parkinson_disease_spanish.htm

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Trastornos Neurológicos: Desafíos para la Salud Pública*. Informe General, Organización Mundial de la Salud, Enfermedades Neurológicas, Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (2016). Recuperado el 27 de Abril de 2020, de ¿Qué son los trastornos neurológicos?: <https://www.who.int/features/qa/55/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (2017). Recuperado el 27 de Abril de 2020, de Enfermedad de Parkinson Tecnología Sanitaria Evaluada: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882737/parkinson-ok.pdf>

Padilla, G., Vesga, B., & León-Sarmiento, F. y. (Octubre de 2003). Estudio neuroepidemiológico nacional. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 1, 14(2(<https://scielosp.org/pdf/rpsp/2003.v14n2/104-111/es>).

Ruíz Atunéz, E. (2013). La figura del cuidador principal. Apoyo de enfermería. *revistaenfermeriacyl*.

Saavedra Moreno, J. S., Millán, P. A., & Buriticá Henao, O. F. (2019). Introducción epidemiología y diagnóstico de la enfermedad de Parkinson. *Acta Neurológica Colombiana*, 3-6.

- Saavedra Moreno, J. S., Millán, P. A., & Buriticá Henao, O. F. (Julio de 2019). Introducción, epidemiología y diagnóstico de la enfermedad de Parkinson. *Consenso de la asociación Colombiana de neurología sobre enfermedad de Parkinson*, 35(3)(Supl. 1: 2-10).
- Sellén, J. (Febrero de 2007). Hipertensión arterial: diagnóstico, tratamiento y control. *E-libro*, 78-05(13).
- Stem Cells Australia-IMBA - Institute of Molecular Biotechnology. (2020). *EuroStemCell*.
Obtenido de <https://www.eurostemcell.org/es/la-enfermedad-de-parkinson-como-podrian-ayudar-las-celulas-madre>
- Toros- Moraga , Y., & Rivas- Riveros, E. (2016). Cuidadores informales rurales de pacientes dependientes severos. *Rev Iberoam Educ Ivest Enferm*, 56-62.
- VARGAS JARAMILLO, J. D., & BARRIOS VINCOS, G. (2019). TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON TEMPRANO .
- Victoria Navarta, e. a. (2019 de Enero-Junio). Intervención psicoeducativa para personas con enfermedad de Parkinson y familiares/cuidadores: resultados preliminares de la medición basal. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 49(16-22).
- Viñas, J. P. (2018). Novedades en ataxias. *Revista de neurología*, 66.
- Zaragoza, A., Senosiain, J. M., Riverol, M., Anaut, S., Díaz, S., Ursúa, M. E., & Portillo, M. C. (2014). Elementos clave en el proceso de convivencia con la enfermedad de Parkinson de pacientes y familiares cuidadores. *An. Sist. Sanit. Navar*, Vol. 37, N°1, 69-80.