



Teleasistencia en el seguimiento posterior al alta de personas mayores con demencia y sus cuidadores: casi-experimental

Rosimere Ferreira Santana¹, Thais da Silva Soares¹, Carla Targino Bruno dos Santos², Ana Beatriz Serra Hercules¹, Mirian da Costa Lindolpho¹, Yolanda Elisa Moreira Boechat¹

¹ Universidade Federal Fluminense, RJ, Brasil
² Universidade de Brasília, DF, Brasil

RESUMEN

Objetivo: analizar el efecto de la teleasistencia en la reducción de la carga sobre el cuidador y en el mantenimiento de la capacidad funcional y conductual de los ancianos después del alta hospitalaria. **Método:** investigación cuantitativa, casi-experimental, con diseño anteroposterior, que involucra la teleasistencia como intervención. **Resultado:** las evaluaciones posteriores a la prueba mostraron que la intervención fue efectiva para reducir la carga sobre el cuidador Zarit (p -valor $< 0,001$); en el Inventario Neuropsiquiátrico (NPI) hubo un cambio en el desgaste del ítem (p -valor = $0,002$) demostrando la mejora en el manejo de los cuidadores a través de cambios de comportamiento; sin embargo, las pruebas de Prisma 7 (p -valor = $0,002$) mostraron una diferencia, sin embargo, debido al cambio en el factor de edad de los ancianos; y en KATZ el 70% de los pacientes no cambiaron, en un 25% la puntuación disminuyó y en un 5% la puntuación aumentó. En el análisis global, el cambio en KATZ no fue estadísticamente significativo (p -valor = $0,102$). **Conclusión:** sin embargo, los datos de este estudio demostraron que Teleasistencia redujo la carga y el cansancio de los cuidadores, y el mantenimiento de la capacidad para las actividades de la vida diaria de los ancianos.

Descriptores: Telemedicina; Salud de los ancianos; Enfermedad de Alzheimer; Enfermería geriátrica.

INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento de la población en Brasil se ha marcado como uno de los mayores desafíos en la actualidad, ya que está relacionado con una creciente demanda social y económica. En el escenario brasileño, alrededor del 85% de los ancianos tienen al menos una enfermedad crónica y el 10% de estos tienen comorbilidades; Entre las enfermedades crónicas no transmisibles (DCNTs) que afectan a las personas en la fase de envejecimiento, las demencias destacan por tener características que no solo afectan al individuo enfermo, sino que se extienden a toda la estructura familiar y a la sociedad, causando un gran impacto en ellas, tanto psicosocial como económico⁽¹⁾.

La demencia es de mayor importancia como problema de salud debido al aumento en el contingente del envejecimiento de la población mundial, particularmente el grupo de edad de 80 años⁽²⁾. Los datos epidemiológicos indican que más de 24 millones de personas sufren de demencia en el mundo y que esta estimación puede superar los 80 millones en 2040⁽³⁾.

La demencia tiene algunos cambios y estos cambios tienen una evolución deteriorada y hacen que el paciente sea cada vez más dependiente de la atención y sin autonomía para realizar actividades diarias simples, lo que requiere la presencia de un cuidador⁽³⁾. Vivir con personas mayores dementes requiere un cambio significativo en la dinámica familiar, ya que las nuevas necesidades del miembro enfermo deben incluirse en la vida diaria de todos los

involucrados en este proceso. En general, una sola persona ocupa el papel de cuidador, ya sea por instinto o voluntad, disponibilidad o capacidad. Luego se convierte en el cuidador principal y asume tareas de cuidado, satisfaciendo las necesidades de los ancianos y asumiendo la responsabilidad de ellos⁽⁴⁾.

Las pautas de enfermería sobre atención domiciliaria son fundamentales para la calidad de vida de los ancianos y sus familias, ya que existe una carga física y emocional para quienes ofrecen atención, y requiere la implementación de técnicas específicas de enfermería, como el cambio de decúbito, baño, alimentación, cuidado de la piel, etc. Las demandas familiares generalmente giran en torno al manejo de los ancianos dementes con trastornos de conducta. Por lo tanto, la carga física, emocional y socioeconómica de cuidar a un miembro de la familia es inmensa⁽⁵⁾.

En este contexto, con respecto a la salud del cuidador, se puede destacar, además de la sobrecarga, ya mencionada, la acumulación de actividades, la falta de estructura de vivienda, el alto costo del cuidador familiar con el cuidado de los ancianos, las deficiencias en el sistema salud y aislamiento social tanto de los ancianos como del cuidador. Es posible comprender que los problemas antes mencionados son solo algunos de los factores que contribuyen al aumento de la tensión y el estrés, que culminan en una mayor sensación de sobrecarga⁽⁶⁾.

Por lo tanto, es esencial que los profesionales de la salud capaciten al

cuidador y lo apoyen para realizar las actividades de cuidado necesarias para la vida diaria de los ancianos hasta que se sientan seguros⁽⁵⁾. Sin embargo, debido a las dificultades encontradas para transportar a los ancianos con demencia a la unidad de salud, hacer citas, así como visitas periódicas al hogar por parte del equipo de salud⁽⁷⁾, el uso de tecnologías asistidas, como la teleasistencia o la telemonitorización, puede ser una alternativa prometedora y viable con respecto al monitoreo de los ancianos con demencia y sus cuidadores.

La teleasistencia consiste en un sistema integrado y define actividades de salud que pueden llevarse a cabo de forma remota. Este monitoreo puede llevarse a cabo mediante consultas virtuales, videoconferencia, llamadas telefónicas y mensajes de teléfono celular⁽⁸⁾, que culminan en la reducción de la necesidad de atención comunitaria, evitando el ingreso innecesario al hospital; retrasar o impedir la admisión a atención residencial o de enfermería.

Según un estudio de revisión sistemática⁽⁶⁾; solo hay dos artículos que abordan la teleasistencia con el desempeño de la enfermera⁽⁹⁻¹⁰⁾. Mediante el uso de la teleasistencia, se observa que los cuidadores lo aceptaron ya que los resultados de la investigación fueron positivos⁽⁶⁾. Destacamos el aumento en el número de pacientes monitoreados, una mejor comprensión del impacto práctico y emocional de la demencia en la vida diaria, una mayor confianza en brindar atención

con mayores habilidades de atención, sobrecarga de ancianos con demencia y una menor carga para el cuidador. La teleasistencia ha sido una intervención extremadamente importante, ya que aumenta la velocidad de acceso entre el paciente profesional, disminuye el tiempo de espera y los costos de viaje para las consultas personales.

También hubo una respuesta positiva de los cuidadores cuando hubo una acción directa de la enfermera en el monitoreo a distancia^(6;9-10). Con esto, se puede ver que la monitorización de la distancia por medio de tecnologías asistidas tiende a utilizarse cada vez más con el objetivo de obtener mejores resultados en la vida diaria de cuidador-anciano.

A pesar de la falta de artículos sobre el uso de la teleasistencia para personas mayores con demencia y sus cuidadores con el papel de enfermeros, los artículos encontrados describen el uso de tecnologías como una alternativa viable para proporcionar atención de calidad y fácil acceso en el monitoreo de personas mayores con demencia y sus cuidadores^(6;9-10).

Por lo tanto, el objetivo del estudio fue analizar el efecto de la teleasistencia y su sobrecarga en el cuidador y sobre la capacidad funcional y conductual de la persona mayor después del alta hospitalaria.

MÉTODO

Esta es una investigación con un enfoque cuantitativo, cuasi-experimental, con un diseño anteroposterior, que involucra la

intervención de "telecuidado" en personas mayores con demencia y sus cuidadores después del alta hospitalaria.

Todos los participantes en este estudio fueron sometidos inicialmente a un instrumento de producción de datos compuesto por instrumentos adecuados para esta población, internacionalmente reconocidos y validados en nuestro idioma:

a) Cuidadores: Inventario de sobrecarga del cuidador - ZARIT; b) Ancianos: recopilación de historia clínica detallada; examen físico; PRISMA-7; Inventario Neuropsiquiátrico; Evaluación de actividades básicas de la vida diaria - KATZ.

De esta forma, se obtuvieron todos los datos necesarios para la selección de voluntarios que cumplen con los criterios: Criterios de inclusión: a) Ancianos: Hospitalización por razones clínicas; Diagnóstico secundario: demencia; Tener un cuidador principal; Ser acompañado por la Unidad de Prevención Integrada (UIP); Tener más de 65 años y, Mini examen del estado mental - MEEM menor o igual a 26; b) Cuidador: el cuidador está disponible para orientación; tener capacidad cognitiva para responder en tiempo y espacio a esta interfaz con el investigador y aceptar participar en la investigación clínica. Criterios de exclusión: a) Ancianos: Tener inestabilidades clínicas como, por ejemplo, balón de oxígeno, insuficiencia cardíaca congestiva descompensada, enfermedad pulmonar obstructiva congestiva, enfermedades cerebrovasculares,

enfermedades psiquiátricas y estar en cuidados paliativos exclusivos; b) Cuidadores: presente pérdida de audición que limita la comunicación por teléfono y / o videollamada a través de la aplicación *Whatsapp*®; y cuidador con trastorno psiquiátrico sin tratamiento. Criterios de discontinuidad: atender al menos el 75% de las llamadas.

La investigación se llevó a cabo en una red de hospitales filantrópicos que cuenta con atención especializada y autogestión en geriatría y gerontología en la ciudad de Río de Janeiro, por lo tanto, consiste en un universo cerrado de clientes.

Los participantes de la investigación se dividieron en dos grupos, ya que aproximadamente el 50% de los cuidadores eran personas mayores que no sabían cómo usar la aplicación de videollamada o que no tenían un smartphone, solo en un teléfono fijo, por lo que recibieron llamadas exclusivamente de manera convencional; y el grupo por videollamada a través de la aplicación *Whatsapp*®. Después de la división, se monitoreó la intervención de teleasistencia y la evaluación antes y después de los ancianos con demencia y su cuidador. Cabe señalar que la misma intervención y el mismo protocolo se utilizaron para ambos grupos, solo la forma de conexión que ha cambiado. El período de recopilación de datos fue de diciembre de 2018 a marzo de 2019. La investigación se diseñó de acuerdo con la figura 01.

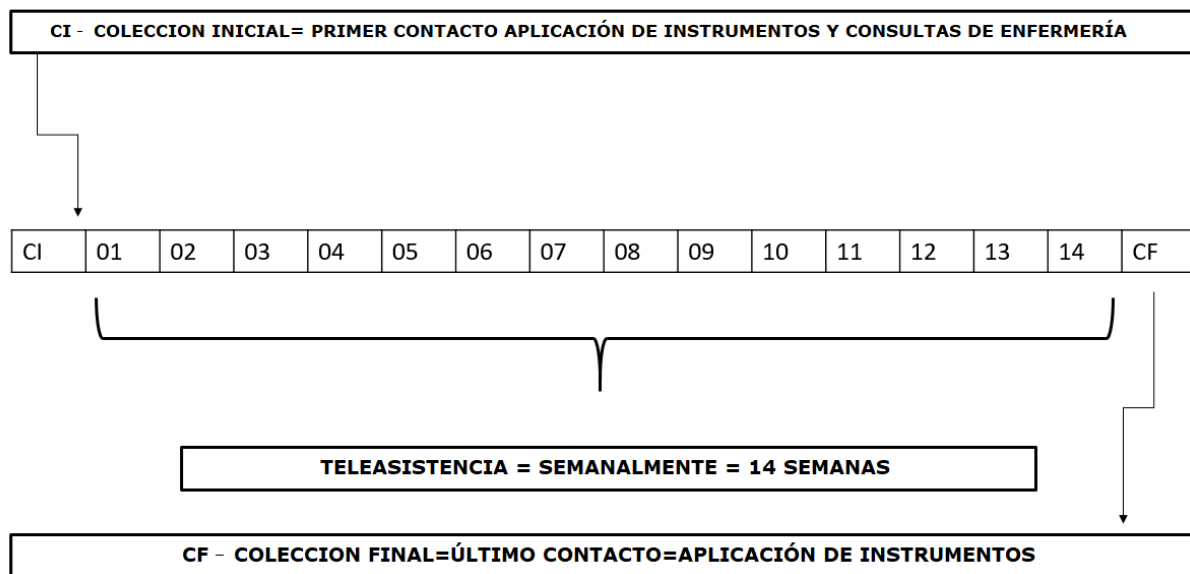


Figura 1 - Esquema de la investigación. Niterói, Río de Janeiro, 2019.

Fuente: Elaborado por los autores, 2019.

El seguimiento para identificar el mantenimiento y / o los cambios en la capacidad funcional de los ancianos con demencia y sobrecarga del cuidador se produjo antes de la intervención durante la hospitalización, y luego en el hogar de ancianos por una enfermera especializada en gerontología, diferente de la que realizó la intervención. Con respecto al monitoreo de teleasistencia, Esto se llevó a cabo utilizando un instrumento que contenía preguntas sobre el cuidador, los ancianos con demencia, la familia, así como pautas sobre la atención domiciliar obtenida de acuerdo con una revisión sistemática de la literatura⁽⁶⁾. El instrumento Teleasistencia se centró en: la rutina de cuidado; relación entre el cuidador principal y los ancianos con demencia; alteraciones causadas por la evolución de la enfermedad. Al final de cada llamada, se permitió un momento para comentarios y la eliminación de dudas finales.

Las llamadas se realizaron de 8 am a 6 pm, siempre los miércoles y viernes o martes y jueves. Al final de la llamada, el investigador programó la próxima llamada en el día y hora preferidos del participante. El resultado esperado del estudio consistió en reducir la carga del cuidador, disminuir los síntomas neuropsiquiátricos de los ancianos y mantener la capacidad funcional de los ancianos con demencia evaluada mediante las pruebas mencionadas anteriormente.

Con respecto a las variables sociodemográficas y clínicas, se destacan las siguientes:

- la Edad: autodeclarada desde la fecha de nacimiento (día / mes / año), expresada en años completos;
- Sexo: autodeclarado y categorizado en: femenino y masculino;
- Estado civil: autodeclarado y categorizado en: soltero; casado; viudo; separado Divorciado;
- Nivel de educación: autodeclarado y categorizado como

analfabeto, elemental incompleto, elemental completo, medio incompleto, medio completo, incompleto superior y completo superior; - Ingresos: autodeclarados y categorizados como: trabajador con contrato formal; autónomo; estudiante; en casa; retirado; pensionista; desempleados y otro; -Enfermedades crónicas: autodeclaradas: diabetes mellitus, hipertensión.

Con respecto a las variables relacionadas con el monitoreo por teléfono, se enfatiza la duración de las llamadas telefónicas, considerando el tiempo en minutos de las llamadas, y marcando el tiempo comenzado y el tiempo terminado.

A partir de la recopilación de datos, se construyeron y analizaron dos bases de datos utilizando el programa SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), versión 22.0 y la aplicación Microsoft Excel 2013.

La base de datos 01 contiene datos que cubren variables sociodemográficas, variables de la primera evaluación y variables observadas en evaluaciones posteriores. La base de datos 02 contiene datos solo de las conexiones basadas en el protocolo al grupo de experimentos en el período de análisis, junto con las variables sociodemográficas y posteriores de estos pacientes.

El análisis descriptivo de los datos tuvo como objetivo presentar las características de los pacientes, sus cuidadores y la intervención; se realizó en base a la construcción de gráficos, distribuciones de frecuencia y cálculo de estadísticas

descriptivas (proporciones de interés y cálculo de mínimo, máximo, promedio, mediana, desviación estándar, coeficiente de variación - CV para variables cuantitativas). La variabilidad en la distribución de una variable cuantitativa se consideró baja si $CV < 0,20$, moderada si $0,20 \leq CV < 0,40$ y alta si $CV \geq 0,40$.

El análisis inferencial tuvo como objetivo evaluar la significación estadística de las diferencias observadas. Para verificar una asociación significativa entre dos variables cualitativas, el objetivo era utilizar la prueba de qhi-cuadrado o, cuando la prueba de qhi-cuadrado no es concluyente y es posible, la prueba exacta de Fisher. En el análisis inferencial de una variable cuantitativa, la comparación de la distribución de la variable cuantitativa entre dos grupos independientes se realizó mediante la prueba no paramétrica de Mann-Whitney, debido a los pequeños tamaños de los subgrupos.

Todas las discusiones se llevaron a cabo en el nivel de significancia máximo del 5% (0,05), es decir, se adoptó la siguiente regla de decisión en las pruebas de significancia estadística: rechazo de la hipótesis nula siempre que el valor p asociado con la prueba fuera menor de 0,05.

RESULTADOS

El número total de participantes contactados para llevar a cabo este estudio representó 660 participantes. De este valor general, se sustrajeron 450 participantes que tuvieron un resultado MEEM mayor de 26 y 190 participantes que no cumplieron

con los criterios de inclusión: 20 se negaron a participar en la investigación; 13 presentaron complicaciones durante la hospitalización, prolongando la hospitalización por más de 60 días; 100 eran residentes de ILPI o Homecare; 45 tenían cáncer avanzado con metástasis o eran cuidados paliativos; 07 sujetos fueron readmitidos y 05 murieron.

Luego hubo una muestra de 20 participantes para el seguimiento de la teleasistencia, 10 en el grupo de teleasistencia por llamada telefónica y 10 en el grupo de videollamada a través de la aplicación *Whatsapp*®, asignados según la demanda. Cabe señalar que no hubo

pérdida de seguimiento.

Para verificar la existencia de homogeneidad en la muestra, se dibujó el perfil característico de las personas mayores con demencia (Tabla 1). Se encontró que los participantes tienen las mismas características de entrenamiento, es decir, las mismas condiciones iniciales básicas. Tal hallazgo es importante para que el tratamiento de teleasistencia aplicado sea el factor principal que diferencia al grupo antes y después de la intervención. Y, por lo que los efectos observados pueden atribuirse al máximo a la teleasistencia.

Tabla 1 - Características del paciente. Niterói, Río de Janeiro, 2019.

Variable	Global n=20		p-valor
	n	%	
Edad (años)			
70 ↓ 75	2	10	0,765 ^(a)
75 ↓ 80	1	5	
80 ↓ 85	10	50	
85 ↓ 90	3	15	
90 ↓ 95	3	15	
95 ↓ 100	1	5	
Género:			
Feminino	08	40	0,679 ^(a)
Masculino	12	60	
Renta Familiar			
1 ↓ 4	05	25	0,796 ^(a)
4 ↓ 8	12	60	
8 ↓ 10	03	15	
Tiempo de hospitalización (días)			
5 ↓ 20	13	65	0,567 ^(a)
20 ↓ 35	3	15	
35 ↓ 50	2	10	
50 ↓ 65	2	10	
Nivel de Escolaridad			
Educación superior completa	20	100	1,000 ^(b)
MEEM			
0 ↓ 10	14	70	
10 ↓ 20	4	20	
20 ↓ 30	2	10	
Enlace con el cuidador			

Cuidador			
Familiar	11	55	Prueba qui- quadrado No concluyente
Profesional	6	30	
Ambos	3	15	
Diagnóstico de Hospitalización			
ITU	7	35	0,194 ^(b)
Neumonía	5	25	0,179 ^(b)
Cuidados paliativos avanzados	3	15	0,345 ^(b)
Descompensación cardíaca	2	10	0,150 ^(b)
Caídas	1	5	1,000 ^(b)
Desidratación	1	5	1,000 ^(b)
Bajando el nivel de conciencia	1	5	0,400 ^(b)

a)Prueba de Mann-Whitney (b)Prueba Exato de Fisher

Fuente: Elaborado por los autores, 2019.

La Tabla 2 muestra la distribución de frecuencias de las características de los cuidadores. Cuando se realizaron pruebas de significación comparando las distribuciones de los factores enumerados en la Tabla 02 en los grupos de hombres y mujeres, los valores p resultantes, casi todos superiores al 5%, muestran que no

hay asociaciones significativas entre las distribuciones de las características de los cuidadores y el género de los pacientes. La excepción es para la declaración de la vida cotidiana que es significativamente más citada cuando el paciente es mujer (37%), p- valor = 0,045 de la prueba exacta de Fisher.

Tabla 2 - Características de los cuidadores. Niterói, Río de Janeiro, 2019.

Factor	Global n=20		Paciente Femenino n=8		Paciente Masculino n=12		p-Valor de la prueba exacta de Fisher que compara las distribuciones de la variable en los grupos masculino y femenino
	n	%	n	%	n	%	
Cotidiano							
Tranquilo	10	50	3	37	7	58	0,650
Fatigoso	2	10	2	25	0	00	0,147
Ocupado	3	15	3	37	0	00	0,045
Planeado	8	40	2	25	6	50	0,373
Varia según el estado del anciano	6	30	2	25	4	33	1,000
Como se siente el cuidador							
Ansioso	7	35	3	37	4	33	1,000
Cansado	12	60	6	75	6	50	0,373
Calmo	1	05	0	00	1	08	1,000
Estresado	2	10	1	12	1	08	1,000
Agotado	4	20	1	12	3	25	0,619
Estándar del sueño							
Insomnio	3	15	2	25	1	08	0,537
Duerme menos que 8 horas	14	70	5	62	9	75	0,642
Duerme más que 8 horas	4	20	1	12	3	25	0,619
Actividades de Ocio							

Salir con amigos / familia	6	30	1	12	5	42	0,325
Viajar	6	30	2	25	4	33	1,000
Ir a la iglesia	3	15	2	25	1	08	0,537
Otros	8	40	2	25	6	50	0,373
Alimentación							
Disminuída	1	05	1	12	0	00	0,400
Aumentada	1	05	1	12	0	00	0,400
Usa medicamento	2	10	2	20	0	00	0,147
Percepción de bienestar	12	60	6	75	6	50	0,373
Percepción de enfrentamiento	11	55	4	50	7	58	1,000
Percepción de empeoramiento del estado de salud del cuidador	16	80	7	87	9	75	0,619
Percepción de empeoramiento del estado de salud del anciano	4	20	1	12	3	25	0,619
Conocimiento sobre la enfermedad	20	100	8	100	12	100	1,000
Dificultad para asistir a los ancianos	20	100	8	100	12	100	1,000
Tener conversación con ancianos	17	85	7	87	10	83	1,000
Miedo a brindar atención	8	40	3	37	5	42	1,000
Aprensión sobre el estado de salud de los ancianos	18	90	7	87	11	92	1,000
Miedo a la institucionalización	2	10	1	12	1	08	1,000
Recibe ayuda de otras personas	10	50	2	25	8	67	0,170
Modifico el ambiente para los ancianos	8	40	3	37	5	42	1,000

Fuente: Elaborado por los autores, 2019.

Los ancianos y sus cuidadores fueron seguidos por hasta 14 llamadas, realizadas cada 7 días. Por lo tanto, el tiempo de seguimiento fue de hasta 98 días. Las primeras 4 llamadas son las más largas, varían de 40 a 70 minutos, con una duración media de 51 minutos, un promedio de 52,9 minutos y una desviación estándar de 2,1 minutos, lo que representa una baja variabilidad en la duración de estas llamadas (CV = 0,15). Desde la quinta

llamada, la duración de la llamada tiende a disminuir, hasta el punto de que en la decimocuarta llamada, las llamadas varían de 20 a 40 minutos, con una duración media de 25 minutos, un promedio de 27,5 minutos y una desviación estándar de 5,5 minutos, lo que representa una variabilidad moderada en la duración de estas conexiones (CV = 0,20). El cuadro 1 muestra las intervenciones realizadas en teleasistencia.

Cuadro 1 - Intervenciones realizadas durante la teleasistencia. Niterói, Río de Janeiro, 2019.

Intervenciones Realizadas
Intervención 1 - Incentivar al cuidador a hablar los porqués de las respuestas.
Intervención 2 - Conversar para demostrar la comprensión de los motivos del cuidador
Intervención 3 - Orientar sobre formas de mejorar la rutina de cuidado
Intervención 4 - Determinar el riesgo de seguridad para los ancianos y los cuidadores.
Intervención 5 - Incentivar al cuidador a expresar sus sentimientos de manera adecuada y segura
Intervención 6 - Asistir en la identificación de actividades preferidas
Intervención 7 - Ayudar a priorizar actividades para acomodar los niveles de energía.

-
- Intervención 8 - Orientar al cuidador para mantener un ciclo de sueño normal
Intervención 9 - Indicar técnicas de relajación y reducción de cafeína.
Intervención 10 - Orientar sobre la importancia del sueño.
Intervención 11 - Incentivar realización de actividades de ocio
Intervención 12 - Orientar sobre la importancia de las actividades de ocio.
Intervención 13 - Incentivar a los cuidadores a optimizar su tiempo dedicado a la atención para que puedan asignar tiempo para ellos mismos
Intervención 14 - Incentivar a los cuidadores a cuidar su salud.
Intervención 15 - Demostrar la importancia de estar saludable.
Intervención 16 - Orientar sobre la necesidad de una dieta equilibrada.
Intervención 17 - Explicar el uso adecuado de los medicamentos recetados por el médico.
Intervención 18 - Fomentar consultas para el monitoreo de la salud.
Intervención 19 - Explicar la severidad del uso de drogas no farmacológicas.
Intervención 20 - Aclarar la existencia de grupos de ayuda
Intervención 21 - Mantener la comida habitual, dando preferencia a la comida liviana.
Intervención 22 - Orientar sobre la importancia de una buena dieta, ingesta de líquidos y ejercicio durante el día.
Intervención 23 - Asistir en el desarrollo de expectativas realistas sobre la atención.
Intervención 24 - Asistir en la identificación de actividades de aspectos precipitantes que pueden o no cambiarse
Intervención 25 - Verifique la necesidad de dispositivos de adaptación para la higiene personal, vestirse, arreglarse, usar el baño y comer
Intervención 26 - Alentar a los ancianos a realizar actividades normales de la vida diaria de acuerdo con su capacidad.
Intervención 27- Incentivar al cuidador a alentar la independencia de los ancianos e intervenir solo cuando sea necesario
Intervención 28 - Identificar el tipo y grado de deterioro cognitivo utilizando un instrumento estandarizado.
Intervención 29 - Enseñar a los cuidadores planes médicos y de enfermería para el cuidado
Intervención 30 - Determinar las expectativas de comportamiento para el estado cognitivo de los ancianos.
Intervención 31 - Evaluar el nivel de conocimiento del cuidador
Intervención 32 - Orientar sobre la patología
Intervención 33 - Aclarar dudas según demanda
Intervención 34 - Evaluar y garantizar la mejor atención posible.
Intervención 35 - Evaluar la reacción emocional y familiar de la condición del anciano. Intervención 36 - Fomentar la interacción entre la familia, el cuidador y los ancianos.
Intervención 37 - Verificar si la persona mayor muestra signos de abuso emocional
Intervención 38 - Identificar a los cuidadores que tienen problemas de salud física o mental.
Intervención 39 - Incentivar la búsqueda de una ILPI
Intervención 40- Asesorar sobre los problemas de salud esperados de los ancianos.
Intervención 41 - Evaluar la posibilidad de atención alterna
Intervención 42 - Fomentar el diálogo del cuidador con los familiares con respecto a la atención.
Intervención 43 - Orienta sobre las condiciones adecuadas para la vivienda de los ancianos.
Intervención 44 - Orientar sobre riesgos de caídas
-

Fuente: Elaborado por los autores, 2019.

La Tabla 3 muestra la distribución de frecuencia de cada intervención que se muestra en la Tabla 1 para cada día de llamada y globalmente. A partir de las frecuencias globales, se observa que en las 14 conexiones, las intervenciones realizadas con más frecuencia, en más del 90% de las conexiones, fueron las intervenciones: evaluar y garantizar la mejor atención posible; fomentar el diálogo

del cuidador con los miembros de la familia con respecto a la atención; asistir en la identificación de actividades de aspectos precipitantes que pueden o no cambiarse; hablar para demostrar comprensión de los motivos del cuidador; orientar sobre la importancia de las actividades de ocio; incentivar a los cuidadores a cuidar su salud; fomentar la consulta de publicaciones periódicas de vigilancia de la

salud; aconsejar sobre no realizar la automedicación; fomentar la interacción entre la familia, el cuidador y los ancianos; asistir en la identificación de actividades preferidas; determinar el riesgo de

seguridad para los ancianos y la atención; orientar sobre la importancia del sueño y, orientar sobre la necesidad de una dieta equilibrada.

Tabla 3 - Frecuencia de intervenciones tratadas en cada llamada. Niterói, Río de Janeiro, 2019.

Intervención	Lig açã o 1 %	Lig açã o 2%	Lig açã o 3%	Lig açã o 4%	Lig açã o 5%	Lig açã o 6%	Lig açã o 7%	Lig açã o 8%	Lig açã o 9%	Lig açã o 10 %	Lig açã o 11 %	Lig açã o 12 %	Lig açã o 13 %	Lig açã o 14 %	Glo bal %
Intervención 1	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	45	40	81,1
Intervención 2	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	45	40	91,8
Intervención 3	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	50	30	80,7
Intervención 4	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	40	30	90,7
Intervención 5	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	50	30	80,7
Intervención 6	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	45	30	91,1
Intervención 7	25	25	25	25	25	25	25	25	25	50	50	50	40	30	31,8
Intervención 8	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	20	30	25
Intervención 9	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	45	30	80,4
Intervención 10	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	40	30	90,7
Intervención 11	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	45	30	80,4
Intervención 12	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	30	91,4
Intervención 13	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	45	30	80,4
Intervención 14	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	30	91,4
Intervención 15	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	50	30	80,7
Intervención	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	30	30	90

16																
Intervención 17	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	50	30	80,7
Intervención 18	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	30	91,4
Intervención 19	100	100	100	100	100	100	100	45	45	50	50	50	50	30		72,9
Intervención 20	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	30	91,4
Intervención 21	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	50	30	80,7
Intervención 22	100	100	100	100	100	100	100	45	45	100	100	100	100	80	30	85,7
Intervención 23	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	50	30	80,7
Intervención 24	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	65	30	92,5
Intervención 25	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	50	30	80,7
Intervención 26	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95	50	30	87,1
Intervención 27	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	50	30	80,7
Intervención 28	100	100	100	100	100	100	100	-	-	100	100	100	100	100	30	80,7
Intervención 29	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	50	30	80,7
Intervención 30	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	85	30	81,1
Intervención 31	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	50	30	80,7
Intervención 32	95	95	95	95	75	75	75	40	40	95	95	95	95	50	30	75,0
Intervención 33	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	50	30	80,7
Intervención 34	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	30	95
Intervención 35	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	50	30	80,7
Intervención 36	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	30	91,4
Intervención	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	50	30	80,7

37																
Intervención 38	90	90	90	90	100	100	100	100	100	90	90	90	90	30	89,3	
Intervención 39	100	100	100	100	65	65	65	65	65	50	50	50	50	30	68,2	
Intervención 40	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	30	76,4	
Intervención 41	100	100	100	100	100	100	100	100	100	50	50	50	50	30	80,7	
Intervención 42	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	30	95	
Intervención 43	100	100	100	100	100	100	100	70	70	50	50	50	50	30	76,4	
Intervención 44	100	100	100	100	100	100	100	70	70	50	50	50	50	30	76,4	

Fuente: Elaborado por los autores, 2019.

El ZARIT antes y después de la intervención mostró que para el 35% de los pacientes (celdas en negrita) no hubo cambios en la escala ZARIT antes y después de la intervención. Para el 65% de los pacientes, la puntuación ZARIT disminuyó en 1 clasificación. En el análisis global, el cambio en ZARIT fue estadísticamente significativo, a través de la prueba de Wilcoxon. Se concluye que después de la intervención, los cuidadores mostraron una reducción significativa en el puntaje ZARIT.

En cuanto a la intensidad de NPI antes y después de la intervención, fue evidente que para el 100% de los pacientes (celdas en negrita) no hubo cambios en la intensidad de la NPI antes y después de la intervención, y muestra la distribución de frecuencia conjunta de NPI- pre y post intervención. Para el 50% de los pacientes (celdas en negrita) no hubo cambios en la escala NPI antes y después de la intervención, para el 50% restante hubo

una reducción de 1 clasificación en la clasificación NPI. En el análisis global, el cambio en NPI-Desgaste fue estadísticamente significativo a través de la prueba de Wilcoxon. Se concluye que después de la intervención, los pacientes presentaron una reducción significativa en la clasificación NPI-Desgaste.

La Tabla 04 muestra la distribución conjunta de frecuencias de las pruebas aplicadas siendo PRISMA - 7, KATZ, NPI Y ZARIT. El Prisma7 pre y post intervención. Para el 50% de los pacientes (en negrita), no hubo cambios en la escala Prisma7 antes y después de la intervención. Para el 50% restante de pacientes, hubo un aumento de 1 punto en el puntaje de Prisma7. En el análisis global, el cambio en Prisma7 fue estadísticamente significativo a partir de la prueba de Wilcoxon. Se concluye que después de la intervención, los pacientes mostraron un aumento significativo en el puntaje de Prisma7.

La intervención previa y posterior a KATZ presenta el 70% de los pacientes (celdas en negrita) no hubo cambios en la escala KATZ previa y posterior a la intervención. Para el 25% de los pacientes, la puntuación de Katz

disminuyó y para el 5% la puntuación de Katz aumentó. En el análisis global, el cambio en KATZ no fue estadísticamente significativo a través de la prueba de Wilcoxon.

Tabla 4 - Evolución de las escalas Prisma7, Zarit, NPI-D y Katz antes y después de la intervención. Niterói, Río de Janeiro, 2019.

KATZ pre intervención	Katz post-intervención						Total n %	P – valor (prueba de Wilcoxon) p-valor=0,102
	0 n %	1 n %	2 n %	3 n %	4 n %	5 n %		
0 n %	02 10	00 00	00 00	00 00	00 00	00 00	02 10	
1 n %	00 00	04 20	01 05	00 00	00 00	00 00	05 25	
2 n %	00 00	00 00%	04 20	00 00	00 00	00 00	04 20	
3 n %	00 00	00 00%	1 05	02 10	00 00	00 00	03 15	
4 n %	00 00	00 00%	0 00	4 20	01 05	00 00	05 25	
5 n %	00 00	00 00	00 00	00 00	00 00	01 05	01 05	
Total n %	02 02	04 00	06 00	06 00	01 00	01 00	20 02	

NPI Desgaste pre intervención	NPI Desgaste post-intervención					Total n %	P – valor (prueba de Wilcoxon) p-valor=0,002
	0 Ausente n %	1 Mínimo %	2 Liviano n %	3 Moderada n %	4 Moderado a intenso n %		
0 Ausente n %	10 50	00 00	00 00	00 00	10 50	02 10	
1 Mínimo n %	04 20	00 00	00 00	00 00	04 20	05 25	
2 Leve n %	00 00	03 15	00 00	00 00	00 00	04 20	
3 Moderado % n %	00 00	00 00	02 10	00 00	00 00	03 15	
4 Moderado a Intenso n %	00 00	00 00	00 00	01 05	00 00	05 25	

Total n %	14 70	03 15	02 10	01 05	14 70	01 05	
Prisma 7 pre intervención	4 n %	Prisma 7 post-intervención			6 n %	Total n %	P – valor (prueba de Wilcoxon)
4 n %	01 05				00 00	01 50	p- valor=0,002
5 n %	08 40				00 00	14 70	
6 n %	00 00				03 15	05 25	
Total n %	09 45				03 15	20 100	
		Zarit post-intervención				Total n %	P – valor (prueba de Wilcoxon)
Zarit pre intervención	0 Sin Sobrecarga n %	1 Sobrecarga Moderada n %	2 Sobrecarga Moderada a Grave n %				
0 Ausente n %	02 10	00 00	00 00		02 10		p-valor < 0,001
1 Sobrecarga Moderada n %	04 20	02 10	00 00		06 30		
2 Sobrecarga Moderada a Grave n %	00 00	05 25	03 15		08 40		
3 Sobrecarga Grave n %	00 00	00 00	04 20		04 20		

Fuente: Elaborado por los autores, 2019.

DISCUSIÓN

En el presente estudio, el perfil de los participantes es similar al informado en la literatura, en el que la mayoría de los cuidadores son mujeres⁽¹¹⁾; es más probable que estas mujeres que cuidan a los hombres acepten cambios e innovaciones en las intervenciones de atención⁽¹²⁾.

En este contexto, se enfatiza que el cuidado de las personas mayores con demencia, en pluralidad, es realizado por miembros de la familia, cuidadores informales, que están disponibles para brindar la atención que las personas mayores necesitan. El papel de los

cuidadores fue ejercido principalmente por mujeres, esposa, hija, casadas, ancianos o personas de mediana edad y la prevalencia de los cuidadores familiares y primarios, lo que demuestra un mayor vínculo con los ancianos⁽¹¹⁾ porque, culturalmente, coordinan, cuidan y organizan a la familia, por lo que también depende de ellos cuidar a los miembros mayores de la familia, si es necesario⁽¹³⁾.

Como en su mayoría son mujeres que desempeñan el papel de cuidadoras, se informa sobrecarga por realizar otras actividades domésticas. Esta carga subjetiva de las mujeres cuidadoras fue

mayor cuando los pacientes tenían otra comorbilidad. Además, cuanto mayor sea el número de comportamientos problemáticos del paciente (evidenciado por el NPI), mayor será la sobrecarga del miembro de la familia.

Además, la presencia de comorbilidad fue un factor asociado con la sobrecarga subjetiva, posiblemente debido al hecho de que representa una mayor gravedad de la condición clínica del paciente, ya que la gravedad de la condición clínica del paciente también se asocia con un mayor grado de sobrecarga subjetiva⁽¹³⁾.

Se observó que las mujeres pasaban más tiempo para cuidar al paciente que los hombres⁽¹⁴⁾. El hecho de que el paciente no realice una actividad fuera del hogar puede aumentar la cantidad de tiempo que los cuidadores dedican al cuidado del paciente en la vida diaria, lo que aumenta la carga para las mujeres que los cuidan.

El tiempo dedicado al cuidado de los ancianos fue de más de 12 meses, con la tasa predominante de esta encuesta de cuidadores que ofrecen atención durante 10 años⁽¹⁵⁾. Se cree que el tiempo variable para la atención es importante si se establece una relación entre la persona que se cuida y la persona cuidadora.

La edad promedio de las personas mayores con demencia fue de 84.5 años. La minoría de los ancianos en este estudio dependía parcialmente de las actividades de la vida diaria. Los ancianos con dependencia total eran mayores que aquellos con dependencia parcial. Las mujeres mayores eran más dependientes en comparación con

las personas mayores. Solteros y viudos eran más dependientes que casados, divorciados y separados.

La edad avanzada añadida al nivel de dependencia de esta persona mayor con demencia se convierte en uno de los principales factores para caracterizar a esta persona mayor como una persona mayor frágil y, por lo tanto, aumentar los días de hospitalización. Los ancianos frágiles tuvieron un mayor promedio de días en el hospital en comparación con los no frágiles, con un tiempo igual o mayor a diez días, lo que corrobora el hallazgo en esta encuesta de una hospitalización promedio de 25 días⁽¹⁶⁾.

Otro factor que también contribuye a caracterizar a los ancianos con demencia como frágiles es el nivel de reingresos, que también se evidencia en esta investigación con casi el 30% de los reingresos. Las tasas de reingreso para las personas mayores frágiles son altas en comparación con las personas mayores no frágiles; Es por eso que la asociación de variables de fragilidad es importante y debe investigarse, y el Prisma7 ha sido una buena herramienta de detección⁽¹⁶⁾.

PRISMA-7 es el instrumento utilizado en el Programa de Investigación para la Integración de Servicios para el Mantenimiento de la Autonomía (Proyecto PRISMA), en Canadá, para identificar a las personas mayores con dependencia funcional. Consiste en la aplicación de un cuestionario rápido, que consta de siete preguntas. Los ancianos se consideran frágiles cuando tienen tres o más

respuestas positivas, con sensibilidad y especificidad de 78.3% y 74.7%, respectivamente⁽¹⁷⁾. Los datos indican una mayoría de ancianos frágiles en esta muestra, por lo tanto, no se esperaba que cambiara esta prueba, sino su caracterización y monitoreo.

Del mismo modo que el Katz Index Prism, que evalúa la capacidad de las personas mayores para realizar actividades de la vida diaria, a pesar de los resultados estadísticos sin importancia, se puede inferir la importancia clínica de los resultados ya que el 70% de los pacientes (celdas en negrita) no mostraron cambios en el Índice Katz, es decir, mantuvieron su capacidad funcional. Este resultado para pacientes ancianos después del alta hospitalaria con demencia y multimorbilidad es clínicamente relevante. Según el análisis de los resultados obtenidos con el Inventario de sobrecarga de Zarit, hubo una disminución estadísticamente significativa en los puntajes de sobrecarga. Por lo tanto, también realizó un estudio de intervención, donde también notó una disminución significativa en las percepciones de la sobrecarga⁽¹⁸⁾. Dos diferencias entre el estudio en cuestión y el de Ferreira y Barham es el tiempo de intervención, que en este estudio fue de 14 semanas, y el de Ferreira y Barham, de 08 semanas. El programa de intervención que utilizaron Ferreira y Barham fue presencial y en esta investigación se lleva a cabo mediante tecnología remota con el uso de llamadas telefónicas y de video a través de la aplicación *Whatsapp*®.

Al comparar las respuestas de los cuidadores en la prueba previa y en la prueba posterior, hubo una reducción en las dificultades que informaron al tratar con ancianos con demencia. Las respuestas muestran que los cuidadores modificaron algunos de sus comportamientos al enfrentar situaciones difíciles de los ancianos dementes, especialmente en el cuidado diario, la medicación y el comportamiento desafiante. Por esta razón, usar el NPI fue una herramienta útil para la evaluación de cambios de comportamiento en varias situaciones, relacionadas con cambios neuropsiquiátricos muy frecuentes en la demencia en todas las etapas de gravedad, como cambios de comportamiento, problemas neurodegenerativos y preguntas sobre el desgaste del cuidador debido a cada uno de los comportamientos evaluados⁽¹⁹⁾.

El estudio en cuestión permitió la identificación de cambios de comportamiento, haciendo posible un desempeño preciso para cada anciano y cuidador a través de las intervenciones. Para reconocer cómo y en qué medida cada uno de los cambios puede afectar a ambos, interviniendo individualmente en cada caso, y luego causando al final de la investigación, una reducción significativa en la angustia emocional del cuidador. En otras palabras, hubo una mejora emocional en el cuidador o una mayor comprensión de los cambios causados por la demencia⁽²⁰⁾ se afirma que con la capacitación de profesionales de la salud en el manejo de los síntomas neuropsiquiátricos

presentados por los ancianos con el uso de intervenciones específicas, se ha reducido el desgaste del cuidador favoreciendo la mejora de la calidad de vida de ambos.

CONCLUSIÓN

Sin embargo, los datos de este estudio demostraron que Teleasistencia redujo la carga y el cansancio de los cuidadores, y el mantenimiento de la capacidad para las actividades de la vida diaria de los ancianos. Confirma que las enfermeras deben asociar su conocimiento clínico con principios gerontológicos, brindando atención centrada en la persona considerando la capacidad funcional de las personas mayores como un objetivo de atención, así como planificando el alta con educación y preparación de la familia / cuidadores para la atención domiciliaria. En los datos de este estudio, se enfatiza que la atención hospitalaria posterior al alta puede continuar en los centros de atención de transición, en la clínica ambulatoria, en el hogar del cliente, en asociación con el uso de tecnologías remotas para el mismo. En este sentido, la teleasistencia sería una forma creciente de comunicación en el segmento de atención de enfermería posterior al alta para garantizar y mejorar el acceso a la atención médica.

REFERENCIAS

1. Silva AR, Sgnaolin V, Nogueira EL, Loureiro F, Engroff P, Gomes I. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2017 [cited 2019 Set 25];66(1):45-51. Available

from:
https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852017000100045&script=sci_arttext

2. Lino VT, Rodrigues NC, Camacho LA, O'Dwyer G, Lima IS, Andrade MK et al. Prevalence of overburden in caregivers of dependent elderly and associated factors in a poor area of Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública* (Online) [Internet]. 2016 [cited 2019 Set 25];32(6). Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000605001&script=sci_arttext
3. Abreu WC. Cuidados paliativos para utentes com demência avançada: Reflexões sobre a sua implementação. *Rev Portu Enferm Saúde Mental* [Internet]. 2016 [cited 2019 Set 30];(6):6-10. Available from: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000300001
4. Nunes DP, Brito TR, Duarte YA, Lebrão ML. Cuidadores de idosos e tensão excessiva associada ao cuidado: evidências do Estudo SABE. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2019 [cited 2019 Set 30];21(Suppl02):1-14. Available from: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2018.v21suppl2/e180020/>
5. Labegalin CM, Nogueira IS, Moretti AZ, Carreira L, Baldissera VD. Demandas educativas de cuidadores familiares de idosos dependentes. *Rev Enferm Cent O Min* [Internet]. 2016 [cited 2019 Set 30];1(6):1994-2008. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1129/1008>
6. Santana RF, Dantas RV, Soares TS, Delphino TM, Hercules AB, Leite Junior HM. Telecare to elderly people with alzheimer and their caregivers: sistematic review. *Cienc Cuid Saúde* [Internet]. 2018 [cited 2019 Out 20];17(4):1-6. Available from: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/41653/751375138716>
7. Michel T, Lenardt MH, Willig MH, Alvarez AM. Do real ao ideal-o (des)

- cuidar da saúde dos idosos longevos. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2019 Out 20];68(3):343-9. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000300398
8. Nascimento BO, Souza NV, Santos DM, Silva PA. Telemonitoramento em enfermagem para clientes em situação de estomatopatia: experiência inovadora para o processo ensino-aprendizagem. *Interagir: Pensando Ext* (Online). [Internet]. 2018 [cited 2019 out 20];1(26):73-78. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/interagir/article/view/39668/29228>
9. Gitlin LN, Winter L, Dennis MP, Hodgson N, Hauck WW. Targeting and managing behavioral symptoms in individuals with dementia: a randomized trial of a nonpharmacological intervention. *J Am Geriatr Society* [Internet]. 2010 [cited 2019 Out 20];58(8):1465-1474. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1532-5415.2010.02971>
10. Matthews JT, Lingler JH, Campbell GB, Hunsaker AE, Hu L, Pires BR et al. Usability of a wearable camera system for dementia family caregivers. *J Healthc Eng* [Internet]. 2015 [cited 2019 Out 20];6(2):213-238. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/jhe/2015/120149/>
11. Figueiredo K, Coelho FG, Corazza DI, Pádua AM, Ferreira BN, Papini CB. Efeito de intervenção de exercícios físicos multifuncionais na percepção da qualidade de vida de cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer. *Rev Bras Qual Vida* [Internet]. 2018 [cited 2019 Out 20];10(2):1-15. Available from: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/viewFile/7651/5181>
12. Quaresma ML, Ribeirinho C. Envelhecimento-Desafios do Séc. XXI. *Rev Kairós: Gerontol* [Internet]. 2016 [cited 2019 Out 15];19(3):29-49. Available from: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairós/article/view/30900>
13. Pizolotto AL, Leite MT, Hildebrandt LM, Costa MC, Resta DG. Organização da família no cuidado ao idoso com doença de Alzheimer. *Espaço Saúde* [Internet]. 2015 [cited 2019 Nov 2];16(4):41-53. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/resource/pt/biblio-834519>
14. Sharma N, Chakrabarti S, Grover S. Gender differences in caregiving among family-caregivers of people with mental illnesses. *World J Psychi* [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 2];6(1):7. Available from: https://www.researchgate.net/publication/298428873_Gender_differences_in_caregiving_among_family_caregivers_of_people_with_mental_illnesses
15. Jacobi CS, Beuter M, Girardon-Perlini NM, Schwartz E, Leite MT, Roso CC. A dinâmica familiar frente ao idoso em tratamento pré-dialítico. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 2];21(1). Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000100222&script=sci_abstract&lng=pt
16. Freire JC, Nóbrega IR, Dutra MC, Silva LM, Duarte HA. Fatores associados à fragilidade em idosos hospitalizados: uma revisão integrativa. *Saúde Debate* [Internet]. 2017 [cited 2019 Nov 2];41(115):1199-1211. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042017000401199&script=sci_abstract&lng=pt
17. Santos PH, Fernandes MH, Casotti CA, Coqueiro RS, Carneiro JA. Perfil de fragilidade e fatores associados em idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. *Cien Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [cited 2019 Nov 2];20(6):1917-1924. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000601917&script=sci_abstract&lng=pt
18. Ferreira CR, Barham EJ. Uma intervenção para reduzir a sobrecarga em cuidadores que assistem idosos com doença de Alzheimer. *Rev Kairós:*

Gerontol [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 2];19(4):111-130. Available from: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/31645>

19. Ferreira CR, Barham EJ. Uma intervenção para reduzir a sobrecarga em cuidadores que assistem idosos com doença de Alzheimer. Rev Kairós: Gerontol [Internet]. 2016 [cited 2019 Nov 2];19(4):111-130. Available from: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/31645>

20. Silva BM, Caldas CP, David HM, Thiollent MJ. Dificuldades encontradas no cuidado ao idoso com demência: enfrentamento baseado na pesquisa participativa. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov

2];21(1):35-43. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-98232018000100035&lng=pt&nrm=iso

Enviado: 17/02/2020

Revisado: 12/05/2020

Aprobado: 12/05/2020

Copyright © 2020 Online
Brazilian Journal of Nursing



This article is under the terms of the Creative Commons Attribution License CC-BY-NC-ND, which only permits to download and share it as long the original work is properly cited.