

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA

SEDE QUITO

CARRERA: PSICOLOGÍA

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de:

PSICÓLOGA

TEMA:

TALLERES DE PSICOEDUCACIÓN PARA CUIDADORES INFORMALES
FAMILIARES DE PERSONAS ADULTAS MAYORES CON DEMENCIA QUE
ASISTEN A LA CASA DE RESPIRO DEL PATRONATO MUNICIPAL SAN JOSÉ
EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO COMO HERRAMIENTA PARA
PREVENIR LA SOBRECARGA EMOCIONAL, DURANTE EL PERIODO
COMPRENDIDO ENTRE MAYO – JULIO DEL 2018.

AUTOR:

KAREN FERNANDA OBREGON FAUBLA

TUTOR:

MARÍA JOSÉ BOADA SURATY

Quito, enero del 2019

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Yo, Karen Fernanda Obregón Faubla, con documento de identificación N° 1723418594, manifiesto mi voluntad y cedo a la Universidad Politécnica Salesiana la titularidad sobre los derechos patrimoniales en virtud que soy autora del trabajo de titulación denominado “TALLERES DE PSICOEDUCACIÓN PARA CUIDADORES INFORMALES FAMILIARES DE PERSONAS ADULTAS MAYORES CON DEMENCIA QUE ASISTEN A LA CASA DE RESPIRO DEL PATRONATO MUNICIPAL SAN JOSÉ EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO COMO HERRAMIENTA PARA PREVENIR LA SOBRECARGA EMOCIONAL, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE MAYO – JULIO DEL 2018”, mismo que ha sido desarrollado para obtener el título de PSICÓLOGA en la Universidad Politécnica Salesiana, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En aplicación a lo determinado en la Ley de Propiedad Intelectual, en mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia, suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Politécnica Salesiana.



.....

Karen Fernanda Obregón Faubla

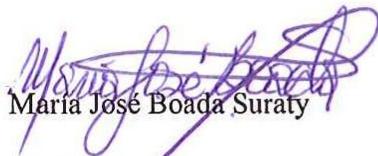
1723418594

Quito, 11 de enero del 2019

DECLARATORIA DE COAUTORÍA DEL DOCENTE TUTOR/A

Yo declaro que bajo mi dirección y asesoría fue desarrollado el proyecto de sistematización de experiencias prácticas de intervención: “TALLERES DE PSICOEDUCACIÓN PARA CUIDADORES INFORMALES FAMILIARES DE PERSONAS ADULTAS MAYORES CON DEMENCIA QUE ASISTEN A LA CASA DE RESPIRO DEL PATRONATO MUNICIPAL SAN JOSÉ EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO COMO HERRAMIENTA PARA PREVENIR LA SOBRECARGA EMOCIONAL, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE MAYO – JULIO DEL 2018”, realizado por la estudiante Karen Fernanda Obregón Faubla, obteniendo un producto que cumple con todos los requisitos estipulados por la Universidad Politécnica Salesiana, para ser considerados como trabajo final de titulación.

Quito, 11 de enero del 2019


María José Boada Suraty
1713560678

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE USO
DE INFORMACIÓN INSTITUCIONAL**

Quito, 15 de agosto del 2018

Universidad Politécnica Salesiana

De mi consideración,

Por la presente, Yo, Gabriela Estefanía De los Reyes Pacheco, con C.C:1727091173 , en mi calidad de Representante Legal de la Casa de Respiro , autorizo a la estudiante de psicología de la Universidad Politécnica Salesiana : Karen Fernanda Obregón Faubla, con C.C: 1723418594, para hacer uso de la información inherente al proyecto "TALLERES DE PSICOEDUCACIÓN PARA CUIDADORES INFORMALES FAMILIARES DE PERSONAS ADULTAS MAYORES CON DEMENCIA QUE ASISTEN A LA CASA DEL RESPIRO DEL PATRONATO MUNICIPAL SAN JOSE EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO COMO HERRRAMIENTA PARA PREVENIR EL DESGASTE EMOCIONAL, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE MAYO -JULIO DEL 2018", y pueden publicar los resultados y aplicaciones de sus intervención psicológica con los usuarios y sus familiares de la Casa del Respiro, mismos que son necesarios para su trabajo de titulación, siempre y cuando se respete los términos de confidencialidad en lo que respecta los nombres.

Atentamente,



Gabriela De los Reyes

Representante Legal de la Casa de Respiro

Dedicatoria

Esta tesis está dedicada a mis padres, quienes con su paciencia, amor y esfuerzo me han motivado e impulsado cada día para lograr cumplir hoy una meta más en mi vida. Gracias por cultivar en mí valores como la responsabilidad, el esfuerzo, la perseverancia, la valentía, y sobre todo la confianza en Dios para alcanzar todo lo que me proponga, puesto que sin él no hubiera sido posible alcanzar esta meta.

A mi mamá, mi mejor compañera, quien con sus consejos y palabras hicieron de mí una persona más fuerte, responsable y comprometida con todo lo que hago, siempre me acompaña, me motiva y apoya en todas mis decisiones, mis sueños y metas para que logre cumplirlos.

A mis hermanos para que este proyecto sea un incentivo para superarse cada día en todos los aspectos de su vida, emprendiendo su crecimiento personal y profesional siempre pensando también en ayudar a los demás.

A mi novio Andrés Carrillo, por su amor, paciencia y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento dándome ánimos y consejos para persistir en mis proyectos cuando me sentía desmotivada.

A toda mi familia, a Rita y a mi pequeño Gael, por motivarme y por el amor brindado cada día, de verdad mil gracias.

Y finalmente quiero dedicar esta tesis a mi grupo de cuidadores primarios de la Casa del Respiro que, con su amor, cariño y colaboración pudo hacerse realidad este hermoso proyecto, orientado hacia su bienestar.

Agradecimientos

Me gustaría aprovechar estas líneas para expresar mi gratitud a Dios, quien con su amor incondicional siempre ha llenado mi vida y la de toda mi familia, de luz y bendiciones en todo el camino. Y me ha brindado la posibilidad de ayudar a los demás y crecer como profesional y persona.

Quiero agradecer a mis padres que siempre me han ayudado y apoyado en todo. Y parte de este agradecimiento para mi novio Andrés por ser mi apoyo incondicional en los momentos más difíciles y motivarme siempre con sus consejos para ser mejor cada día.

Agradezco a todas mis amigas por ese granito de arena que todas han puesto para ayudar y motivarme a seguir en el proceso de la carrera y en el de la tesis, puesto que en muchas ocasiones lo visualice inalcanzable por los obstáculos de la misma.

De igual manera, mis agradecimientos a los docentes de la Universidad Politécnica Salesiana, quienes con la valiosa enseñanza de sus conocimientos me permitieron crecer día a día como profesional y sobre todo como persona. También quiero agradecer de manera especial a mi tutora de tesis María José Boada por toda la paciencia, tiempo, por haberme guiado y apoyado en mi proceso de titulación.

Mi profundo agradecimiento a todas las autoridades y personal que conforman la Casa de Respiro, especialmente a Gabriela de los Reyes, Renata Robalino, Kathy Rosales y Ana García por hacer de ese lugar un ambiente cálido y armonioso para trabajar. Gracias a los usuarios y a mi hermoso grupo de cuidadores familiares por confiar en mí y permitirme realizar con mucho cariño y profesionalidad mi proyecto de intervención, de todo corazón gracias, sin su colaboración nada de esto hubiera sido posible.

Índice

INTRODUCCIÓN	1
1. INFORME DE SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA	2
1.1. Datos informativos del proyecto	2
1.1.1. Nombre del proyecto	2
1.1.2. Nombre de la institución.....	2
1.1.3. Tema que aborda la experiencia (categoría psicosocial).....	3
1.1.4. Localización	3
1.2. Objetivo de la sistematización	4
1.3. Eje de la sistematización	4
1.4. Objeto de la sistematización	16
1.5. Metodología de la sistematización.....	18
1.6. Preguntas clave	21
1.7. Organización y procesamiento de la información	21
1.7.1. TALLERES	23
1.7.2. EVALUACIÓN TALLERES.....	27
1.7.2.1. Resultados de la evaluación final de los talleres de psicoeducación para cuidadores familiares informales de adultos mayores con demencia.....	27
1.7.3. Resultados de la escala de Zarit.....	30
1.8. Análisis de la información	32

2. EXPERIENCIA DE LA SISTEMATIZACIÓN,	33
2.1. Justificación	33
2.2. Caracterización de los beneficiarios	35
2.3. Interpretación	37
2.3.1. Resultados de la Escala Zarit	37
2.3.1.2. Necesidades de los cuidadores en relación al taller	39
2.3.2. Evaluación final de los talleres de psicoeducación	40
2.4. Principales logros del aprendizaje	44
2.5. Conclusiones y recomendaciones	49
2.6. Bibliografía	52
2.7. Anexos	56

Índice de tablas

Tabla 1 Matriz de planificación de los talleres psicoeducación	23
Tabla 2 RESULTADOS DE LA ESCALA DE ZARIT	30
Tabla 3 Características de los Cuidadores primarios.....	36
Tabla 4 CARACTERÍSTICAS DE LOS familiares	36
Tabla 5. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES CON DEMENCIA.....	37

Índice de anexos

ANEXOS A. Escala Zarit.....	56
ANEXOS B. Datos socio demográficos de los cuidadores de adultos mayores con demencia.....	58
ANEXOS C. Datos socio demográficos de las personas adultas mayores con demencia.....	59
ANEXOS D. Evaluación final de los talleres de psicoeducación para cuidadores familiares informales de adultos mayores con Demencia.....	60

Resumen

En el presente documento, se desarrolla la sistematización del proyecto de intervención con los cuidadores familiares primarios de los adultos mayores con Demencia que asisten a la Casa de Respiro del Patronato Municipal San José en el Distrito Metropolitano de Quito, entre los meses de diciembre de 2017 y julio de 2018, con el fin de prevenir el desgaste emocional.

La Casa del Respiro, es un centro dedicado al cuidado y estimulación cognitiva de adultos mayores con deterioro cognitivo leve y moderado, y algunos con diagnóstico de Demencia temprana.

El cuidado diario informal que brindan los cuidadores familiares primarios a las personas adultas mayores con Demencia a largo plazo posibilita una serie de problemáticas que pueden comprometer la salud del mismo.

Por este motivo, se planteó un plan de intervención, que permitió prevenir el desgaste emocional, mediante la realización de talleres psicoeducativos enfocadas a disminuir tensiones y bloqueos físicos, mentales y emocionales, con el propósito de proporcionar un bienestar integral.

Palabras Clave: cuidado, cuidador familiar primario, Demencia, salud y sobrecarga emocional.

Abstract

In this document, the systematization of the intervention project is developed with the primary family caregivers of the elderly with Dementia who attend to the “*House of Respite*” of the San José Municipal Patronage in the Metropolitan District of Quito, between the months of December 2017 and July 2018, in order to prevent emotional burnout.

The “House of Respite” is a center dedicated to the care and cognitive stimulation of older adults with mild and moderate cognitive impairment, and some with a diagnosis of early Dementia.

The informal daily care provided by primary family caregivers to older adults with long-term dementia may cause a series of problems that may compromise their own health.

For this reason, an intervention plan was proposed, which made it possible to prevent emotional exhaustion by conducting psychoeducational workshops focused on reducing stress and physical, mental and emotional blocks, with the purpose of providing integral wellness.

Keywords: care, primary family caregiver, dementia, health and emotional burnout.

INTRODUCCIÓN

Los cuidadores familiares primarios informales en la experiencia de cuidado de su familiar constantemente se enfrentan a situaciones que sobrepasan sus recursos de afrontamiento, las cuales a largo plazo llegan a entorpecer el desenvolvimiento de las actividades cotidianas y padecer problemas de salud. La sobrecarga en ellos es uno de los padecimientos más comunes, de modo que la intervención psicológica es crucial a la hora de prevenir el desgaste físico y sobrecarga emocional, consecuencia de las altas demandas que involucra el cuidado a personas adultas mayores con Demencia.

El presente trabajo contiene la sistematización de la experiencia de intervención grupal con cuidadores familiares primarios informales de adultos mayores con Demencia que son usuarios del Centro Casa de Respiró, durante el período de mayo - julio del 2018. La intervención se llevó a cabo en 7 talleres de psicoeducativos realizados los sábados, cada 15 días, en las mismas instalaciones del centro. Los talleres de psicoeducación tuvieron como objetivo principal crear un espacio de contención psicológica y educación para los cuidadores familiares como herramienta de prevención de la sobrecarga emocional.

La sistematización busca reconstruir la experiencia de intervención con los cuidadores familiares primarios informales de adultos mayores con Demencia, con el fin de evidenciar la realidad de esta población. La descripción del proceso de intervención, la correlación de las variables encontradas, su interpretación, pretende dar una respuesta a la problemática y brindar además un punto de partida para futuras intervenciones.

INFORME DE SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

1.1. Datos informativos del proyecto

1.1.1. Nombre del proyecto

Talleres de Psicoeducación para cuidadores familiares primarios informales de personas adultas mayores con Demencia que asisten a la Casa de Respiro del Patronato Municipal San José en el Distrito Metropolitano de Quito como herramienta para prevenir la sobrecarga emocional, durante el periodo comprendido entre mayo – julio del 2018.

1.1.2. Nombre de la institución

El Patronato San José es una Fundación Municipal que está localizada en el Distrito Metropolitano de Quito y tiene como misión: “defender y restituir los derechos de la población más vulnerable como: niños/as y adolescentes, jóvenes, adultos/as mayores y personas con discapacidad, que se encuentren enfrentando el riesgo de sufrir problemas de: salud, violencia y pobreza” (UPMSJ, 2015).

En el marco de su misión, el Patronato San José cuenta con varios proyectos sociales de inclusión y tiene entre ellos, el Sistema integral de atención al adulto mayor, el cual ha ofrecido ayuda a los adultos mayores, cuenta con 310 puntos de atención, distribuidos por toda la ciudad. Entre estos Centros se encuentra el denominado “Casa de Respiro”.

La Casa de Respiro es un proyecto del Patronato San José, que funciona en Quito, desde marzo del 2008; el cual acoge adultos mayores a partir de los 65 años de edad, priorizando el acceso a personas de “escasos recursos económicos, quienes presentan deterioro físico parcial, cognitivo, manifestaciones depresivas moderadas, riesgo socio

familiar” (UPMSJ, 2016). Este centro ofrece atención diurna a personas adultas mayores, mientras sus familiares y/o cuidadores realizan sus labores diarias.

Su población objetivo se divide en tres sub grupos: deterioro cognitivo leve, moderado y avanzado; de modo que cada actividad está directamente relacionada con la necesidad de cada usuario. Esta alternativa de intervención además de romper con la línea de tratamientos farmacológicos, ayuda considerablemente a fortalecer el tejido social de los adultos mayores con Demencia, y aporta a su desarrollo emocional al compartir con otras personas ellos muestran una gran mejoría.

1.1.3. Tema que aborda la experiencia (categoría psicosocial)

La categoría de la cual se desplego el proyecto de intervención, es la atención de adultos mayores con Demencia. Población de atención prioritaria.

En el Ecuador se considera Adulto Mayor o persona de la tercera edad a aquella que se encuentra cursando los 65 años de edad en adelante, ya que la persona sufre una serie de cambios biopsicosociales y como consecuencia de estos cambios cumple un nuevo rol en la sociedad.

1.1.4. Localización

El centro Casa de Respiro se encuentra ubicado en las calles Hermanos Pazmiño y Luis Saá, frente al Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, sector Eugenio Espejo; en el Centro de la ciudad de Quito.

1.2. Objetivo de la sistematización

Describir la experiencia de contención psicológica a través de talleres psicoeducativos con cuidadores familiares primarios informales de adultos mayores con Demencia.

Esta sistematización permite mostrar la realidad que viven los adultos mayores con Demencias y sus cuidadores, por medio de la descripción del proceso de intervención a través de los talleres de psicoeducación. Es importante aclarar que cuidadores familiares primarios informales con quienes se desarrollaron los talleres no contaban con un espacio de contención psicoemocional.

La psicoeducación brinda la posibilidad de desarrollar y fortalecer las destrezas de afrontamiento frente a situaciones cotidianas, evitando así la sobrecarga emocional, que es uno de los problemas más frecuentes en la labor del cuidado.

1.3. Eje de la sistematización

El eje de la sistematización es la realidad del proceso de envejecimiento

A lo largo de la vida, el ser humano atraviesa constantemente por una serie de cambios, característicos de cada etapa de desarrollo. El proceso de envejecer empieza a partir de los 22 años hasta la vejez. Este proceso que atraviesan todos los seres humanos, es individual e inevitable. Barraza & Castillo lo define como “un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante y heterogéneo, y hasta el momento, inevitable, en el ocurren cambios biopsicosociales resultante de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades” (Barraza & Castillo, 2006, pág. 2).

A partir de los 65 años de edad, el ser humano comienza una nueva etapa llamada adultez tardía, esta etapa al igual que otras, se caracteriza por cambios biológicos, psicológicos y sociales en declive, es decir empieza a ver una disminución funcional. Todos los cambios no se producen al mismo tiempo ni con el mismo ritmo, puesto que, cada ser humano presenta diferencias interindividuales y multidireccionales, es decir que, cada envejecimiento va de la mano con la historia vital de la persona.

El proceso de envejecimiento no afecta al mismo tiempo todas las dimensiones del individuo y ni posee patrones característicos específicos que se van a manifestarse al llegar los 65 años. Es decir que, “algunas personas pueden experimentar problemas crónicos de salud, declives cognitivos o pérdidas psicosociales desde edades relativamente tempranas, y otras llegan a edades muy avanzadas sin mostrar estas pérdidas (Villar, 2005, pág. 8).

Sánchez (2004) identifica tres formas de envejecer: la vejez normal, que cursa sin discapacidades, la vejez patológica, asociada a enfermedades generalmente crónicas, y la vejez competente, saludable o con éxito. Este último tipo de envejecimiento, implicaría diferentes estrategias para minimizar las amenazas de pérdidas a través de diferentes mecanismos, como son los de selección, compensación y optimización. (pág. 20)

Es decir que, la selección, compensación y optimización son recursos de afrontamiento que permitirán al adulto mayor minimizar las pérdidas y maximizar las ganancias conseguidas, mediante estrategias de adaptación y aprendizaje que tenga disponibles.

Por otro lado, no hay que confundir la vejez con el envejecimiento, puesto que la vejez es una etapa de la vida, y el envejecimiento es todo el proceso que llevamos a lo largo de la vida. Existe una diferencia entre ambos conceptos, tal como lo explica Pugliese:

El envejecimiento [...] se trata de un proceso que se da en todo el ciclo vital de las personas, donde las experiencias de una etapa condicionan en cierta medida a la etapa siguiente. La vejez en cambio, es un estado que se alcanza a cierta edad, cuando se cumplen determinados parámetros y condiciones definidas por cada una de las sociedades y culturas. Pero no es simple establecer una edad cronológica para definir vejez, ya que hay acuerdo en considerar que esta es multidimensional. (Pugliese, 2014, pág. 69)

Desde mediados del siglo XX, la población de personas adultas mayores ha ido incrementándose paulatinamente, esta tendencia de aumento proporcional está relacionada con el incremento de la esperanza de vida. La Organización Mundial de la Salud (2016) señala que “la proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo, lo cual se calcula, entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años”.

La tendencia del aumento proporcional de personas adultas mayores está relacionada con el incremento de la esperanza de vida, de modo que se observan personas que tienden a vivir más años y al mismo tiempo un grupo etario de más de 60 años, cada vez más numeroso. A fenómeno se lo denomina envejecimiento poblacional e implica el apareamiento de afectaciones crónicas a la salud, conforme la edad avanza. Entre ellas se destacan aquellas vinculadas a la salud mental como las depresiones y las Demencias.

Existe un porcentaje de adultos mayores que conserva la salud en buenos términos, y otra que presentan problemáticas como las anteriormente mencionadas. Esta diferencia está ligada a la calidad de vida que estas personas han tenido a lo largo de su trayectoria vital, interviniendo factores: biológicos, psicológicos y sociales.

Según la (OMS., 2017), las Demencias se manifiestan con mayor frecuencia en países de ingresos medios y bajos, en un porcentaje del 60% de los 47 millones de casos reportados. Para el año 2030, se espera que aproximadamente el número de personas diagnosticadas con esta enfermedad esté en alrededor de 75 millones de personas en el mundo. Los datos sobre el avance de la enfermedad en la población mundial a partir de los 60 años están entre un 5% y un 8%, tomando en cuenta que se diagnostican alrededor de 10 millones de nuevos casos por año.

Las Demencias son padecimientos silenciosos, tienen un proceso complejo de evolución, pueden presentar deterioro cognitivo, sin manifestar síntomas psicológicos inmediatos, de modo que, pueden presentarse de forma sutil o drástica, después de años de evolución. Este síndrome afecta al adulto mayor biopsicosocialmente, repercutiendo progresivamente en sus funciones, su personalidad y en su calidad de vida.

Existe varias problemáticas que dificultan un diagnóstico oportuno y certero, importante para un adecuado tratamiento, por ejemplo, las concepciones entorno a la Demencia. La Demencia se la ha asociado a los signos y síntomas del propio proceso de envejecimiento normal, sin embargo; esto no es así puesto que la Demencia y el envejecimiento normal no tienen la misma evolución, ni el mismo desenlace.

Por lo tanto, es necesario, determinar la diferencia entre ambos conceptos importantes:

La Organización Mundial de la Salud (2017) define a la Demencia como: “...un síndrome –generalmente de naturaleza crónica o progresiva– caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (...) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. La Demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada.”

En ese mismo sentido define el envejecimiento normal como “la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de desgastes moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales” (Organización Mundial de la Salud, 2018). Es decir que, en la Demencia el declive no solo se presenta en la memoria sino en todas las funciones cognitivas, afectando significativamente en su desenvolvimiento en las actividades cotidianas, en cambio, el envejecimiento a pesar de que también existe un declive en las funciones cognitivas, las funciones se encuentran disminuidas no deterioradas, de modo que no supone un deterioro funcional que afecta en su vida cotidiana.

Las Demencias tienen un proceso complejo, el mismo que involucra etapas de evolución (leve, moderada y avanzada), muchas veces estas pasan desapercibidas y son confundidas con problemas de la edad misma (vejez), y no toman en cuenta los familiares, ni los profesionales de la salud, el significativo deterioro cognitivo que está suscitando en la persona adulta mayor-

Por tal motivo, la valoración anual al adulto mayor, no considera rutinaria la realización de exámenes neurológicos que permitan dar un seguimiento del estado de la salud mental, puesto que, además de que la Demencia es normalizada, la salud mental no

es todavía una prioridad en el Ecuador. Lo antes mencionado puede repercutir en la detección pronta de las Demencias y en su adecuado tratamiento.

Las Demencias no solo representan un problema para quien la padece, sino que afectan también a quien asume su cuidado. A lo largo de la experiencia de cuidado, la mayoría de cuidadores empiezan a verse afectados en su condición biopsicosocial, es decir; que su salud mental y física, y sus relaciones interpersonales se van comprometiendo a largo plazo, causando diversos problemas.

Por el mismo hecho que la Demencia supone una situación de dependencia, esta requiere de una ayuda externa para realizar sus actividades diarias e instrumentales. Es decir que, necesita de un cuidador. En ese sentido, entendemos como cuidador, aquella persona quien ayuda a otra persona a realizar las actividades diarias e instrumentales, desplazamientos en el interior y exterior, alimentación, higiene y aseo personal, etc., en este caso, el adulto mayor con Demencia debido a su deterioro funcional llega a generar una dependencia del cuidador para realizar sus actividades. Es decir que, “el cuidador es el recurso, instrumento y medio por el cual se proveen cuidados específicos y muchas veces especializados a los enfermos crónicos, (...) en ellos se deposita o descansa el compromiso de preservar la vida de otro” (Rivas & Ostiguin, 2011, pág. 50).

En la mayoría de los casos, esa ayuda es respondida por el cuidador primario familiar informal, este concepto se lo define bajo una serie de características específicas que cumple el cuidador familiar en el proceso de cuidado.

Es la persona que asume la total responsabilidad del proceso de cuidado. Suele ser un familiar de la persona cuidada. Se caracteriza por no disponer de una formación específica para el desempeño de las tareas del cuidar, no recibir remuneración económica por la labor realizada, tener un grado elevado de

compromiso hacia la tarea, con un alto grado de afecto y responsabilidad. (Ferré, Rodero, Cid, & Vives, 2011, pág. 17) .

Es decir, es aquella persona que se encuentra comprometida con el cuidado de su familiar las 24 horas del día, y lo realiza sin fines de lucro. Los cuidadores familiares generalmente ejercen el cuidado de manera informal, puesto que, no posee la formación ni el conocimiento para brindar los cuidados adecuados que demanda la persona con Demencia. Ese cuidado en ocasiones está regido por el desconocimiento y la desesperación por tratar de suplir las necesidades de su familiar como mejor puede, lo cual podría llevar a realizar acciones imprudentes.

La responsabilidad de cuidado es frecuente que recaiga o la asuma alguien cercano al adulto mayor con Demencia, por ejemplo, el cónyuge o una hija. Dentro de algunos estudios se evidencian estadísticas en relación a las características de los cuidadores:

Los cuidadores en su mayoría corresponden a mujeres con un 79%, un 56% tenía entre 20 y 50 años, el 49% tenía escolaridad básica y el 34% escolaridad media; además, el 55% tenía pareja y el 75% hijos. (...) El 78% de los cuidadores informales tenía algún parentesco con el adulto mayor que cuidaban, de los cuales el 52% son hijos, el 8% nueras y el 18% otros familiares. (Espinoza , Méndez, Lara, & Rivera, 2009, pág. 73)

Otro estudio, realizado por (Flores, Rivas, & Seguel, 2012) en la ciudad de Valdivia, Chile, observó “un predominio del sexo femenino (91%), mayoritariamente correspondía a hijas/os (49,3%), con media de edad de 58,6 años, 85,2% eran mayores de 45 años, que no realizaban trabajo remunerado fuera del hogar. La mayoría son casados (50,7%)” (pág. 34).

El cuidador familiar primario informal enfrenta ciertas situaciones que interfieren en el desenvolvimiento de su vida cotidiana. Es decir que, las Demencias además de causar deterioro en la persona que lo padece, también “tiene un efecto abrumador en las familias de las personas afectadas y sus cuidadores. A menudo surgen presiones físicas, emocionales y económicas que pueden causar mucho estrés a las familias y cuidadores, que necesitan recibir apoyo por parte de los servicios sanitarios, sociales, financieros y jurídicos pertinentes” (OMS, 2017). Esto es lo que se conoce como “síndrome del cuidador” o “sobrecarga del cuidador.

La sobrecarga del cuidador es uno de los padecimientos más comunes, y es la consecuencia del desgaste físico y sobrecarga emocional que desarrollan algunos cuidadores que tienen a su cargo una persona dependiente, y no han recibido una rápida intervención psicológica para prevenir aquello.

En ese mismo sentido, la sobrecarga emocional está relacionada con las emociones y sentimientos reprimidos que se generan alrededor de la labor de cuidado que ejercen, y que a la larga pueden perjudicar su salud y el desempeño del cuidado a su familiar

El apoyo que se ha brindado al cuidador familiar primario informal es escaso, en cuanto a lugares que brinden acompañamiento a familiares y cuidadores en el transcurso de la enfermedad. Cabe recalcar que, las Demencias además de causar deterioro en la persona que lo padece, también “tiene un efecto abrumador en las familias de las personas afectadas y sus cuidadores. A menudo surgen presiones físicas, emocionales y económicas que pueden causar mucho estrés a las familias y cuidadores, que necesitan recibir apoyo por parte de los servicios sanitarios, sociales, financieros y jurídicos pertinentes” (OMS, 2017).

Es importante entender la problemática mencionada, puesto que, ayudará a abordar mejor las Demencias, por medio de la generación de normativas, protocolos o lineamientos de atención que procuren su salud mental y física, puesto que, todavía no existen en Ecuador. A pesar de que hay leyes que protegen al adulto mayor, todavía la Demencia está quedando fuera de cobertura en el país.

La Organización Mundial de la salud (OMS., 2017) reconoce la demencia como una prioridad de salud pública. En mayo de 2017, la Asamblea Mundial de la Salud respaldó el Plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia 2017-2025, que establece una serie integral de medidas aplicables por los planificadores de políticas, los asociados internacionales, regionales y nacionales, y la propia OMS en ámbitos tales como: la sensibilización sobre la enfermedad y el establecimiento de iniciativas destinadas a promover la adaptación a la demencia; la reducción del riesgo de demencia; su diagnóstico, tratamiento y atención; la investigación e innovación o el apoyo a los cuidadores de las personas con demencia.

Por lo que, al ser considerada la Demencia como una prioridad, se da apertura para la creación de un plan de acción, mismo que está basado en siete principios fundamentales, descritos a continuación:

- a) Derechos humanos de las personas con demencia. Las políticas, los planes, las disposiciones legislativas, los programas, las intervenciones y las acciones deben respetar las necesidades, las expectativas y los derechos humanos de las personas con demencia, de conformidad con lo establecido en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos

- b) Empoderamiento y participación de las personas con demencia y sus cuidadores. Debe dotarse a las personas con demencia, sus cuidadores y las organizaciones que los representan de capacidad de acción y decisión para que participen en las iniciativas de sensibilización, las políticas, la planificación, la adopción de disposiciones legislativas, la prestación de servicios, la vigilancia y las actividades de investigación relacionadas con la demencia
- c) Prácticas basadas en pruebas científicas para la reducción del riesgo y la atención de la demencia. Es importante formular estrategias y prácticas para la reducción del riesgo y la atención de la demencia que estén basadas en pruebas científicas y/o prácticas óptimas y que se centren en las personas, sean costo eficaces, sostenibles y asequibles y tengan en cuenta los principios de la salud pública y los aspectos culturales
- d) Colaboración multisectorial en la respuesta de salud pública a la demencia. Una respuesta integral y coordinada a la demencia requiere la colaboración de todas las partes interesadas para mejorar la prevención, la reducción de los riesgos, el diagnóstico, el tratamiento y la atención. Para que exista esa colaboración es necesaria la participación de todos los sectores públicos pertinentes a nivel gubernamental, como los sectores de la salud (en particular, el alineamiento de las iniciativas existentes en materia de enfermedades no transmisibles, salud mental y envejecimiento) y de los servicios sociales, la educación, el empleo, la justicia y la vivienda, así como el establecimiento de alianzas con las entidades pertinentes de la sociedad civil y el sector privado

- e) Cobertura sanitaria y social universal para la demencia. A la hora de diseñar y aplicar programas en favor de la cobertura sanitaria universal debe tenerse en cuenta la protección contra riesgos financieros y la importancia de garantizar a todas las personas con demencia y sus cuidadores un acceso equitativo a una amplia serie de servicios de promoción, prevención, diagnóstico y atención (incluidos los relacionados con los cuidados paliativos, la rehabilitación y el apoyo social)
- f) Equidad. Todas las respuestas de salud pública que se apliquen en relación con la demencia deben favorecer la equidad de género y seguir una perspectiva de género, así como tener presentes todos los aspectos vulnerables propios de cada contexto nacional, conforme a lo establecido en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en la que se reconoce la necesidad de empoderar a las personas vulnerables, en particular, las que padecen discapacidad, las personas mayores y los migrantes
- g) Atención debida a la prevención, la curación y el cuidado de la demencia. Para seguir este principio es necesario en particular aplicar los conocimientos y la experiencia existentes para mejorar la prevención, la reducción del riesgo, la atención y el apoyo prestado a las personas con demencia y sus cuidadores, y generar conocimientos nuevos dirigidos a encontrar tratamientos que modifiquen el curso de la enfermedad o la curen, intervenciones eficaces de reducción de riesgos y modelos innovadores de atención (OMS., 2017, págs. 6,7)

En el 2010, la Dirección de Normalización del Sistema Nacional de Salud presentó un documento con las normas y protocolos de atención integral de salud de las y de los adultos mayores, el cual se desarrolla bajo un marco legal basado en los derechos humanos del adulto mayor. El documento antes mencionado posee protocolos de atención preventiva, de recuperación y un plan de intervención integral, en el que se encamina a “mejorar y/u optimizar las capacidades cognitivas existentes; mantener en óptimas condiciones la capacidades física y funcional; mantener y mejorar redes sociales y o familiares. Mantener estado nutricional y compensación glicemia y presión arterial” (Yáñez , Pazmiño, Villalobos, & Villacís, 2010, pág. 73). Sin embargo, no existen documentos que evidencien el desarrollo de estos en la actualidad.

El Ministerio de Salud Pública ha puesto a la disposición de los Quiteños un hospital especializado en geriatría, el cual se denomina Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor (HAIAM), el mismo que se articula bajo los lineamientos de la ley del anciano, la cual tiene como objetivo “ garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológica integral y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y decorosa”. (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2012, pág. 8)

El HAIAM cuenta con un equipo multidisciplinario, que se encarga de atender a personas con Alzheimer, además posee “programas de detección precoz y tratamientos disponibles (...) que en conjunto con estimulación cognitiva permiten mejorar la calidad de vida de la persona afectada y su cuidador, además de una reducción del impacto familiar y social por la enfermedad” (Ministerio de Salud Pública, 2016).

Lo antes mencionado da cuenta, de la existencia de protocolos, normativas, lineamientos, centros que se especializan en la atención del adulto mayor y del

Alzheimer, sin embargo, sigue quedando fuera la atención a otras Demencias, y a los cuidadores familiares de aquellas.

1.4. Objeto de la sistematización

El objeto de la sistematización son los talleres psicoeducativos que posibilitan la prevención de sobrecarga emocional en los cuidadores familiares primarios informales de adultos mayores con Demencia.

La psicoeducación atraviesa dos términos importantes, salud y educación, de manera que su objetivo principal es mejorar la calidad de vida mediante el fortalecimiento de recursos y habilidades propias del cuidador para hacerle frente a la realidad que vive con su familiar adulto mayor con Demencia.

Para la realización de los talleres se tomaron en cuenta cuatro elementos importantes que permiten cumplir el objetivo de la psicoeducación: (Arriciaga, 2013, pág. 52)

1. Transferencia de la información (definición, sintomatología, causas, factores riesgo prevención, etc.)
2. Descarga emocional (intercambio de experiencias con otros, actividades de distensión corporal y emocional).
3. Apoyo con tratamiento psicoterapéutico (intervención grupal y remisión a un profesional)
4. Apoyo para la autoayuda (entrenamiento para que reconozcan las situaciones de crisis y sepan cómo actuar)

Los talleres de psicoeducación para cuidadores familiares primarios y secundarios de adultos mayores con Demencias se impartieron desde el sábado, 5 de mayo del 2018, los

mismos que se desarrollaron en siete sesiones, cada 15 días, en horario de 2:30pm a 5:00pm.

Los objetivos principales por los que se rigieron los talleres fueron:

- Comprender mejor a las Demencias, a través de material teórico, visual y compartir experiencias entre cuidadores.
- Posibilitar la expresión y canalización los sentimientos y emociones reprimidas que pueden afectar la salud física y mental de los mismos, a través de técnicas de expresión, autoconocimiento y relajación corporal.
- Disminuir la tensión física y psicológica del cuidador, a través de la adaptación de estrategias y herramientas de cuidado probadas por diversos autores a la realidad de los participantes.

Cada sesión de los talleres, estaba dividida en dos, y cada una tiene un objetivo diferente. La primera parte (2:30- 3:15pm) estaba encaminada a comprender mejor que son las Demencias, cuáles son sus síntomas, diferencias ente cada tipo de Demencia, cuáles son las causas, como prevenirla, y establecer estrategias de cuidados para las personas con Demencia y para los cuidadores. Todo aquello se realizó por medio del abordaje teórico de diversos autores, con el fin de fomentar la comprensión y disminuir la ansiedad y/o angustia de los cuidadores que se genera por la incertidumbre y desconocimiento de cómo manejar a sus familiares con Demencias.

Por otro lado, la segunda parte de la sesión (3:30- 4:30pm), estaba plenamente enfocada en la disminución de tensiones corporales, a través de actividades de expresión corporal, relajación y autoconocimiento, fortalecimiento emocional como: el yoga, el

arte, la capoeira, las manualidades y la socialización de experiencias y construcción de estrategias de cuidado entre los participantes de los talleres.

Con el fin de potenciar los resultados de este espacio, se intentará generar una red de apoyo para fortalecer psicológicamente a los participantes, renovar y difundir las estrategias impartidas de manera continua entre ellos y a nuevos agentes.

1.5. Metodología de la sistematización

La metodología aplicada para la sistematización incluye la información obtenida de la aplicación de la Escala Zarit a los cuidadores familiares primarios informales, las evaluaciones de los talleres y una matriz de datos sociodemográficos de los adultos mayores con Demencia y de los participantes – cuidadores que asistieron a los talleres.

El primer acercamiento con los cuidadores familiares primarios informales de personas adultas mayores con Demencia se realizó a través de una primera reunión, en la cual se solicitó la participación voluntaria para la aplicación de la Escala Zarit para medir el nivel de sobrecarga del cuidador. La Escala fue aplicada a 10 cuidadores familiares primarios informales, puesto que, el cuidado que brindaban era directo, es decir, cuidaban de sus familiares con Demencia las 24 horas.

Se aplicó la "Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit", por su fácil aplicación y sus numerosas ventajas. Inicialmente esta escala se utilizaba para medir la sobrecarga de los cuidadores de adultos mayores con Demencia, pero debido a sus ventajas se empezó a utilizar en cuidadores de personas con enfermedades crónicas, cuidados paliativos, etc.

Esta versión en español consta de 22 ítems con opciones de respuesta con una escala de tipo Likert de 5 puntos, con un rango que va desde 0 (nunca) hasta 4 (siempre); el

punto de corte entre 22 a 110 puntos. Para evaluar la carga se establece dos umbrales: ausencia de sobrecarga, cuyo puntaje va menor o igual a 46; sobrecarga ligera: 47 a 55; y sobrecarga intensa: 56 a 110. Es importante considerar los puntajes que muestran una sobrecarga ligera en el cuidador, puesto que, muestran indicios de un factor de riesgo que si no se realiza una pronta y adecuada intervención puede intensificarse esa sobrecarga y afectar considerablemente la salud del cuidador.

A partir de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (EZ) se lograron dos objetivos: evaluar a los cuidadores y plantear el proyecto de intervención. Los mismos, que (Crespo , 2015) en un artículo acerca de “La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit” expone como ventajas de la aplicación de esta escala:

(...) evaluar la carga del cuidador es esencial a la hora de delimitar las áreas en que el cuidador requiere apoyo, buscar tratamientos idóneos para el familiar dependiente, valorar los cambios a lo largo del tiempo, y diseñar los programas de intervención y estimar su impacto. (Crespo , 2015)

La Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit además de evaluar la sobrecarga global del cuidador, trata de explorar la carga en algunas dimensiones subyacentes en la labor de cuidado. Y varios autores las agrupan de diferente forma con el fin de explicar mejor cada factor involucrado.

(Montero , Jurado, Valencia, Méndez, & Mora, 2014, pág. 80) mencionan que el primer factor agrupa los ítems 17, 19, 18 y 22, los cuales están relacionados con la percepción de carga del cuidador. El segundo factor se compone de los ítems 15, 9, 1, 16 y 10 asociados con la percepción de los cuidadores sobre la eficacia de su rol. El tercer factor está conformado por los ítems 12, 6 y 11, los cuales están asociados con

pensamientos y sentimientos sobre el impacto en las relaciones sociales. Y, el cuarto factor, agrupa los ítems 4, 5 y 13, los mismos que están relacionados con emociones o sentimientos sobre la relación interpersonal que se tiene con el cuidado del adulto mayor.

En ese mismo sentido, en el Manual práctico: “La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir” de (Arrazola, Méndez, & Lezaun, 2001, pág. 218) se encontró una escala de evaluación más sencilla y clara que permite valorar tres factores relacionados en el cuidado, las mismas que servirán de guía para nuestra evaluación de resultados:

- A. Consecuencias del cuidado en el cuidado, compone los ítems 1,2,3,7,8,10,11,12,13,14,22
- B. Relación Cuidador con P. M. cuidado, compone los ítems 4,5,6,17,18,19
- C. Creencias y expectativas sobre capacidad para cuidar, compone los ítems 15,17,20,21

De acuerdo, con los resultados obtenidos en la Escala de Zarit se desarrolló una planificación que incluía 7 talleres donde se trabajaron temas acerca de la realidad del paciente con Demencia, estrategias de atención y aspectos relacionados con técnicas de autocuidado para los cuidadores.

Las temáticas se identificaron a través de dos evaluaciones en reuniones con los familiares, la primera evaluación permitió establecer el nivel de comprensión que tenía cada cuidador frente a la Demencia, y la otra evaluación permitió conocer las necesidades, demandas y expectativas de los cuidadores frente a los talleres. Cabe recalcar, que a pesar de que se realizó estas evaluaciones iniciales, algunas actividades

se fueron replanteando según lo que se fue observando y escuchando en el transcurso de las otras sesiones, con el fin de realizar una mejor intervención.

Los talleres de psicoeducación se realizaron desde el sábado, 5 de mayo del 2018 hasta el 28 de julio del 2018. Se desarrollaron en siete sesiones, cada 15 días, en horario de 2:30pm a 5:00pm. Cada sesión tenía un objetivo diferente. Al final de cada sesión, se realizaba evaluaciones orales, que permitían la expresión y devolución de las emociones, sentimientos y pensamientos que se generaron frente a la actividad que se realizó en el día. Estas evaluaciones permitieron dar cuenta, de las mejorías y dificultades que estaban suscitando en cada cuidador, y por ende trabajarlas en las sesiones.

1.6. Preguntas clave

1. ¿Los cuidadores de adultos mayores con Demencia presentan mayor sobrecarga física y mental que cuidadores de personas con otras patologías?
2. ¿Fomentar herramientas de manejo con el adulto mayor con Demencia puede evitar la sobrecarga emocional en el cuidador familiar primario?
3. ¿Cómo la formación de una red de apoyo posibilita a los cuidadores disminuir la sobrecarga?
4. ¿Cómo la dificultad para/de encontrar un diagnóstico adecuado sobre lo que sucedía al familiar afecta en la salud del cuidador?

1.7. Organización y procesamiento de la información

Para la organización y procesamiento de la información se realizaron dos matrices, la primera contiene la información de la planificación de los talleres realizados, y la segunda los puntajes obtenidos en la aplicación de la Escala Zarit a cuidadores. También se incluye la presentación de las respuestas obtenidas de los formatos de evaluación de los talleres aplicados a los participantes.

1.7.1. TALLERES

La organización de la información de los talleres psicoeducativos se la presenta en una matriz que consta de 6 ejes: fecha, tema, objetivo/s, actividades, recursos y duración del taller.

TABLA 1 MATRIZ DE PLANIFICACIÓN DE LOS TALLERES PSICOEDUCACIÓN

FECHA	TEMA	OBJETIVO/S	ACTIVIDADES	RECURSOS	DURACIÓN
5 de mayo del 2018	Introducción de los temas de la Demencia	Facilitar la expresión de sentimientos y emociones de los miembros con el grupo Conformar un grupo de cuidadores para generar una red de apoyo entre los mismos. Medir el nivel conocimiento de las Demencias y cuáles fueron las fuentes de información	<ul style="list-style-type: none"> - Encuadre grupal - Dinámica de inicio - Diagnóstico de conocimientos sobre las Demencias - Presentación de diapositivas sobre el concepto de Demencias - Dinámica de cierre 	Diapositivas Cuadernos y esfero Laptop e Infocus	2 horas
19 de mayo del 2018	Aprendiendo a prevenir	Reforzar conocimientos para comprender mejor sobre las Demencias. Esclarecer las dudas de los miembros del grupo. Generar un espacio de empatía e identificación entre los cuidadores Fomentar virtudes para llevar un	<ul style="list-style-type: none"> - Socialización de conceptos aprendidos. - Exposición de las causas, factores riesgo y prevención de las Demencias. - Socialización de experiencias entre los participantes - Dinámica de cierre 	Diapositivas, Lapto e Infocus	2 horas

		mejor estilo de vida que permita adaptarse a las demandas del medio.			
2 de junio del 2018	Aprendiendo a ser	<p>Fomentar la confianza en sí mismo y entre los miembros del grupo</p> <p>Responder las dudas de los miembros del grupo.</p> <p>Disminuir las tensiones del cuerpo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dinámica de inicio - Exposición de los tipos de Demencias: Alzheimer - Capoeira - Socialización y conclusiones finales. 	<p>Diapositivas,</p> <p>Lapto e Infocus</p> <p>Vestimenta cómoda</p>	3h
16 de junio del 2018	Respiración corporal	<p>Comprender la importancia de la comunicación, el valor de la mirada y el gesto, y fomentar la congruencia gesto-palabra.</p> <p>Despejar las dudas de los miembros del grupo.</p> <p>Disminuir las tensiones del cuerpo.</p> <p>Facilitar la expresión y comprensión de sentimientos a través de la socialización de experiencias de cuidado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dinámica de inicio - Exposición de los tipos de Demencias: Demencia Vascular - Yoga - Socialización y conclusiones finales 	<p>Diapositivas,</p> <p>Lapto e Infocus</p> <p>Vestimenta cómoda</p> <p>Pliego de fomix o yoga mat</p>	3h

30 de junio del 2018	Color de mi interior	<p>Fomentar la aceptación del yo, descubrir cualidades y sentir aprecio, amor y confianza.</p> <p>Facilitar la expresión de sentimientos y pensamientos reprimidos.</p> <p>Fomentar el autoconocimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dinámica de inicio - Exposición de los tipos de Demencias: Parkinson - Arte terapia - Socialización y conclusiones finales 	<p>Diapositivas, Lapto e Infocus</p> <p>Pliego de papel, témperas, música</p>	3h
14 de julio del 2018	Aprendiendo a sentir	<p>Co-construir estrategias para el cuidado de las personas adultas mayores con Demencia. Disminuir las tensiones corporales por medio de movimientos dinámicos y coordinados de todo el cuerpo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dinámica de inicio - Técnicas de cuidado para personas adultas - Bailo terapia - Preguntas finales de refuerzo 	<p>Diapositivas, Lapto e Infocus</p> <p>Vestimenta cómoda</p>	2h

30 de julio del 2018	El poder de crear	<p>Aprender a comunicar e interpretar emociones del otro.</p> <p>Incentivar la creatividad y la imaginación a través de la música clásica.</p> <p>Expresar y canalizar los sentimientos y emociones reprimidas, por medio de la actividad manual.</p> <p>Compartir experiencias entre cuidadores por medio de una actividad de integración.</p> <p>Identificar las herramientas psicológicas que han desarrollado los cuidadores durante el taller</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dinámica de inicio - Actividad manual - Socialización Grupal - Evaluación final - Preguntas finales de refuerzo - Dinámica de cierre 	<p>Música</p> <p>Botella de vidrio piola de yute 25m, servilleta con diseño, engrudo preparado, tijeras.</p>	3h
----------------------	--------------------------	--	---	--	----

Tabla 1. Planificación de los talleres. Elaborado por: Obregón, 2018

1.7.2. EVALUACIÓN TALLERES

Para presentar los resultados obtenidos de la evaluación final de los talleres de psicoeducación para cuidadores familiares informales de adultos mayores con Demencia, se utilizaron tablas de datos, las cuales constan de dos columnas, la una se utilizó para colocar las categorías obtenidas, y la otra para el número de respuesta de esa categoría.

1.7.2.1. Resultados de la evaluación final de los talleres de psicoeducación para cuidadores familiares informales de adultos mayores con demencia

1. ¿Cuán probable es que pueda poner en práctica las enseñanzas aprendidas en los talleres?

Respuesta	Número
Muy probable	5
Probable	1
Algo probable	0
Improbable	0

2. Enumere tres conocimientos/competencias/actitudes que haya aprendido, que podría poner en práctica en la vida cotidiana.

Respuesta	Número
Mejor comprensión de las Demencias	5
Mejor cuidado y manejo de nuestro familiar con Demencia	3
Autocuidado del cuidador	6

3. ¿Cómo considera los temas que se abordaron dentro de los talleres?

Respuesta	Número
Muy Útil	6
Útil	0
Poco útil	0
Inútil	0

4. El material de los talleres fue pertinente e informativo.

Respuesta	Número
Completamente de acuerdo	6
De acuerdo	0
En desacuerdo	0
Completamente en desacuerdo	0

5. ¿Cómo considera el tiempo asignado a la presentación y la explicación de los temas?

Respuesta	Número
Suficiente	4
Relativamente suficiente	2
Relativamente insuficiente	0
Insuficiente	0

6. ¿Cómo considera el tiempo asignado a las discusiones en grupo, las preguntas y las respuestas? (señale con un círculo una de las respuestas)

Respuesta	Número
Suficiente	4
Relativamente suficiente	2
Relativamente insuficiente	0
Insuficiente	0

7. La organización general favoreció una buena experiencia de aprendizaje. (señale con un círculo una de las respuestas)

Respuesta	Número
Completamente de acuerdo	6
De acuerdo	0
En desacuerdo	0
Completamente en desacuerdo	0

8. Señale cual o cuales fueron las sesiones que más le gustaron. (Puede orientarse por los criterios siguientes: pertinencia, facilitación, discusiones, tratamiento de las preguntas, contenido de las sesiones, organización de las sesiones, presentaciones, ayudas visuales e instrumentos utilizados, entorno de aprendizaje, tiempo asignado y ritmo de la sesión)

Respuesta	Número
Disipar las dudas y temores en relación a la Demencia	4
Compartir experiencias reales y los problemas similares con otros	4
Mejorar la relación con el familiar con Demencia	3
Mejorar la confianza en sí mismo	3

9. De acuerdo a su experiencia en los talleres ¿Qué considera que podría mejorarse?

Respuesta	Número
Abrir más espacios para cuidadores	5
Ayudar más a salir de la rutina	3

10. Mis expectativas fueron satisfechas. (señale con un círculo una de las respuestas y escriba las observaciones que considere pertinentes)

Respuesta	Número
Completamente de satisfecho	5
Satisfecho	1
Insatisfecho	0
Completamente insatisfecho	0

11. A partir de la asistencia a los talleres ¿Hubo algún cambio en usted? ¿Cuál?

Respuesta	Número
Si	6
No	0

12. ¿Qué opinión merece los talleres en general? (señale con un círculo una de las respuestas)

Respuesta	Número
Excelente	6
Bueno	0
Regular	0
Malo	0

1.7.3. Resultados de la escala de Zarit

Para exponer los datos de la Escala de Zarit una matriz de doble entrada para analizar los diferentes campos que intervienen en el cuidado. La matriz contiene 5 columnas, las cuales en la primera consta: los participantes y las otras 4 las dimensiones factoriales: El factor 1 expone los puntajes de los niveles de carga del cuidador (<46 no sobrecarga, 47 - 55 sobrecarga leve, 56 – 110 sobrecarga intensa). El factor 2 expone el valor del Impacto del cuidado, el factor 3: relación Interpersonal, y el factor 4: las expectativas sobre capacidad para cuidar del cuidador.

TABLA 2 RESULTADOS DE LA ESCALA DE ZARIT

Participantes	DIMENSIONES			
	Sobre carga	A. Impacto del cuidado (0-44)	B. Carga Interpersonal (0-16)	C. Expectativas sobre capacidad para cuidar (0-28)
Cuidador 1	30	18	8	4
Cuidador 2	46	22	<u>14</u>	12
Cuidador 3	22	6	10	8
Cuidador 4	26	20	2	4
Cuidador 5	27	12	4	8
Cuidador 6	26	14	2	10
Cuidador 7	46	22	<u>12</u>	12
Cuidador 8	<u>53</u>	<u>35</u>	<u>16</u>	12

Cuidador 9	22	8	10	4
Cuidador 10	43	22	13	12

Tabla 2. Puntajes obtenidos de la Escala de Zarit aplicada a los cuidadores familiares primarios informales. Los valores subrayados muestran una aproximación del puntaje a un nivel leve –alto de carga. Elaborado por: Obregón, F. (2018).

1.8. Análisis de la información

De acuerdo a la metodología anteriormente mencionada, se procede a la lectura de los resultados desde un enfoque cuantitativo, de modo que, las matrices y tablas de organización de información, nos permitirán visualizar, describir e interpretar la información recolectada de la intervención realizada en la Casa de Respiro.

La tabla 1. acerca de la planificación de los talleres de psicoeducación explica cómo se llevaron a cabo las sesiones de la Escala de Zarit.

Los datos de las evaluaciones realizadas, se obtuvieron en base a un análisis de categorías, con el fin de que sea más práctica la lectura de interpretación de los datos recolectados.

Para analizar los resultados obtenidos en la escala de Zarit, y obtener la puntuación de sobrecarga global en cada cuidador, se procedió a sumar cada pregunta puntuada según la opción de respuesta: nunca (0), casi nunca (1), a veces (2), casi siempre (3) y siempre (4). Por otro lado, se realizó un análisis de las dimensiones factoriales que intervienen en el cuidado, por medio de la suma y evaluación de las variables según los rangos de cada una. Primero se sumó todas las preguntas A (Consecuencias del cuidado en el cuidador, 0-44), luego las B (Relación Cuidador con P. M. cuidado, 0-16) y luego las C (Creencias y expectativas sobre capacidad para cuidar, 0-28).

PARTE 2

2. EXPERIENCIA DE LA SISTEMATIZACIÓN,

2.1. Justificación

La población de personas adultas mayores ha ido incrementándose paulatinamente, esta tendencia de aumento proporcional está relacionada con el incremento de la esperanza de vida, este fenómeno mencionado se denomina envejecimiento poblacional. La Organización Mundial de la Salud (2016) señala que “la proporción de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo, lo cual se calcula, entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años”.

El envejecimiento, es un proceso natural e inevitable que está presente en todos los seres vivos, el cual responde a un declive progresivo normal de las funciones y estructuras del organismo. Sin embargo, también puede representar el apareamiento de afectaciones crónicas a la salud, conforme la edad avanza. Entre ellas se destacan aquellas vinculadas a la salud mental como las depresiones y las demencias. Es decir que, existe una proporción de adultos mayores que conserva la salud en buenos términos, y otra que presentan problemáticas como las anteriormente mencionadas. Esta diferencia está ligada a la calidad de vida que estas personas han tenido a lo largo de su trayectoria vital, interviniendo factores: biológicos, psicológicos y sociales.

Según la OMS (2017), las demencias afectan a nivel mundial a unos 47 millones de personas, de las cuales alrededor del 60% viven en países de ingresos bajos y medios. Cada año se registran cerca de 10 millones de nuevos casos. Se calcula que entre un 5% y un 8% de la población general de 60 años o más sufre demencia en un determinado

momento. Y se prevé que el número total de personas con demencia prácticamente pase a cerca de 75 millones en 2030 y a casi el triple en 2050. (OMS, 2017)

La Demencia afecta al adulto mayor biopsicosocialmente, repercutiendo progresivamente en sus funciones, su personalidad y en su calidad de vida. Los síntomas de la Demencia son confundidos con signos normales del envejecimiento, lo que dificulta su visibilización a familiares y los profesionales de la salud. Sin embargo, las demencias no aquejan únicamente al paciente, sino también a quien asuma su cuidado.

Los cuidadores familiares primarios informales en la experiencia de cuidado a su familiar, contantemente se enfrentan a situaciones que sobrepasan sus recursos de afrontamiento, las cuales a largo plazo llegan a entorpecer el desenvolvimiento de las actividades cotidianas y llegar a padecer problemas de salud. La sobrecarga en los cuidadores primarios familiares informales es uno de los padecimientos más comunes sino se realiza una apropiada intervención que permita prevenir el desgaste físico y sobrecarga emocional, consecuencia de las altas demandas que involucra el cuidado a personas con Demencia.

A pesar de que en los últimos años se han implementado programas que pretenden responder a las necesidades de los adultos mayores, éstas aún no alcanzan a cubrir sus requerimientos y condiciones particulares, por tanto, su atención sigue siendo carente en la problemática de la Demencia, y en el cuidador. La atención debe regirse desde una visión integral, que procure la salud del paciente y del cuidador, con el fin de proteger y fortalecer su salud física y mental.

Por tanto, es indispensable evidenciar esta realidad, para poder implementar proyectos que atiendan la salud del cuidador primario, puesto que no se puede dejar de lado todas las consecuencias, y repercusiones familiares que tiene la sobrecarga emocional en la vida del cuidador si esta no se previene.

Es decir que, el apoyo brindado a los cuidadores familiares primarios y sus familiares es escaso, por lo que es necesario brindar espacios de contención y educación para ellos. Es por este motivo que, el proyecto de intervención nace en respuesta a una necesidad donde se encuentra comprometida la salud del adulto mayor con Demencia y del cuidador.

El proyecto se centra en posibilitar un espacio de psicoeducación destinado a los cuidadores familiares primarios de los adultos mayores con Demencias como herramienta para la prevención de la sobrecarga emocional. De manera que se pretende a través de la comprensión de las Demencias, expresión y canalización de sentimientos y emociones reprimidas, disminución de la ansiedad del cuidador generada por la falta de recursos para afrontar situaciones cotidianas del cuidado de la persona adulta mayor con Demencia, y establecimiento red de apoyo entre cuidadores cumplir tal objetivo planteado.

2.2. Caracterización de los beneficiarios

En un inicio el proyecto fue dirigido a cuidadores familiares primarios de personas con Demencia, sin embargo, en el transcurso de los talleres se fueron integrando voluntariamente otros miembros del círculo familiar de los adultos mayores, de manera que, el número de participantes que se inscribieron al taller fueron alrededor de 30

personas, de los cuales 10 son cuidadores familiares primarios de adultos mayores con Demencia, y 20 familiares del adulto mayor con Demencia.

Sin embargo, mientras se desarrollaban los talleres la población fue disminuyendo, hasta quedar en 8 cuidadores de asistencia frecuente. Según el discurso de algunos de los cuidadores que dejaron de asistir, mencionaron que se debía a la falta de tiempo, y en otros casos se desconoce la razón de la ausencia.

TABLA 3 CARACTERÍSTICAS DE LOS CUIDADORES PRIMARIOS

Género	7 cuidadores eran mujeres y uno era hombre.
Edad	entre 49 a 67 años
Estado civil	3 casados, 2 divorciadas, 2 solteras, 1 viuda
Parentesco con el adulto mayor con Demencia	6 hijas; 1 hijos, 1 cónyuges
Nivel académico	6 nivel superior, uno secundaria completa y otro primaria incompleta
Ocupación	3 empleado privado, 2 independiente, 2 ama de casa, 1 desempleado

TABLA 3. CARACTERÍSTICAS DE LOS CUIDADORES PRIMARIOS. ELABORADO POR: OBREGÓN, 2018

TABLA 4 CARACTERÍSTICAS DE LOS FAMILIARES

Género	10 mujeres y 3 hombres.
Edad	entre 16 a 53 años
Estado civil	7 casados, 2 divorciadas, 4 solteras
Parentesco con el adulto mayor con Demencia	10 hijas; 3 hijos
Nivel académico	9 nivel superior, 4 secundaria incompleta
Ocupación	4 estudiantes, 5 empleado privado, 4 independiente,

TABLA 4. CARACTERÍSTICAS DE LOS FAMILIARES. ELABORADO POR: OBREGÓN, 2018

TABLA 5. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES CON DEMENCIA

Edad	Edad promedio 83.7 años
Género	7 mujeres, 3 hombres
Estado civil	5 viudos, 3 casados, 1 en unión libre
Escolaridad	6 primaria incompleta, 3 secundaria completa y 1 secundaria incompleta.
Pariente con quien vive	5 viven con su hija, 2 viven con hijo y 3 con su cónyuge
Motivo por el que asisten al centro	soledad, depresión, deterioro cognitivo, nerviosismo, problemas de adicción
Tiempo que asisten al centro	Entre 3 meses a 9 años
Ingresos económicos	Montepío, jubilación
Enfermedades comunes	Artrosis, osteoporosis, hipertensión, artritis, diabetes, depresión, Enfermedad de Alzheimer, Demencia Senil, Demencia Vascul ar, Enfermedad de Parkinson, accidentes cerebrovasculares, lesiones cerebrales
Tipo de Demencia que posee el AM	5 Enfermedad de Alzheimer, 3 Demencia vascular y 2 Enfermedad de Parkinson.

TABLA 5. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES CON DEMENCIA. ELABORADO POR: OBREGÓN, 2018

2.3. Interpretación

2.3.1. Resultados de la Escala Zarit

Las puntuaciones de sobrecarga global de los cuidadores de la muestra a pesar de expresar en la entrevista cierto nivel de conflicto con el cuidado, no presentan puntajes que reflejen sobrecarga, a excepción de una sola persona que presenta niveles de sobrecarga leve, lo que es esencial intervenir tanto en aquella, como en el resto de cuidadores para prevenir que esa carga se intensifique y comprometa su salud.

Para lograr evaluar mejor la carga del cuidador se trató de profundizar en las dimensiones de carga que podrían estar afectando al cuidador, y que al ser evaluadas globalmente no se pueden visibilizar.

- El primer factor (A) agrupa 11 ítems, los cuales pretenden medir el impacto subjetivo del cuidado en la vida de los cuidadores. Los valores de 4 cuidadores infieren a que no presentan un impacto del cuidado, 5 cuidadores presentan un impacto leve, y solo en un cuidador muestra poseer un impacto intenso del cuidado.
- El segundo factor (B) conformado por 7 ítems que evalúan sobre la relación interpersonal, es decir, el impacto de la relación del cuidador con el adulto mayor, en cuanto a la experimentación de sentimientos asociados con vergüenza, irritación, incomodidad o pérdida de control de su vida, los valores muestran que 3 cuidadores no han experimentado los sentimientos mencionado, otros 3 cuidadores muestran poseer un deterioro leve en la relación con su familiar, y 4 cuidadores presentan valores de deterioro intenso por lo que la relación cercana con su familiar con Demencia está causando ya un malestar en el cuidador.
- Y, por último, el tercer factor (C) compuesto por 4 ítems, que miden como el cuidador se percibe en cuanto a la eficacia del rol que ejerce, 5 cuidadores muestran que su forma de ejercer su rol debería mejorar, y las otras 5 cuidadoras perciben que su capacidad de cuidado se encuentra moderadamente ajustado a los requerimientos de su familiar.

2.3.1.2. Necesidades de los cuidadores en relación al taller

La información en cuanto a las necesidades de los cuidadores, además de la aplicación de Zarit, se indago en la primera reunión con ellos, y a través de una dinámica en la cual consistía en escribir un papel cuanto conoce sobre las Demencias y que información espera recibir en los talleres.

El conocimiento de los cuidadores en cuanto a la Demencia que padece su familiar es incorrecto o poco preciso, y esto se evidenció en el primer encuentro y también a lo largo del proceso de los talleres. Los cuidadores desconocían totalmente que es y cómo proceder con su familiar con Demencia, esto da cuenta de que cuando le dieron el diagnóstico, se limitó a nombrar un padecimiento, el cual no vino de la mano de una adecuada explicación.

En la revelación del diagnóstico el profesional a cargo tiene una corresponsabilidad, la misma que debe actuar frente a ellos en todo momento. Es por este motivo que la explicación brindada por los profesionales debe ser clara, tratando de despejar las dudas de los familiares para que puedan ayudar al paciente con Demencia en su proceso de tratamiento.

La falta de claridad en la explicación brindada por los profesionales de salud es uno de los mayores problemas y eso se ve reflejado en el desconocimiento de los cuidadores en cuanto a muchos aspectos de la Demencia y cómo enfrentarla.

El diagnóstico de toda enfermedad, es un procedimiento importante, sobre todo en las Demencias, puesto que, el diagnóstico oportuno y certero es vital para brindar un adecuado tratamiento y atención aquellos que la poseen.

Según el (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer, 2010) la mejor forma de dar el

diagnostico el profesional al paciente y/o familiares es a través de una comunicación verbal comprensible, prudente, respetuosa, empática, y un entorno y condiciones adecuadas facilitando el diálogo bidireccional. Para facilitar la comprensión del diagnóstico y sus consecuencias puede ampliarse la información con folletos informativos, libros, vídeos, Internet y otros medios audiovisuales y asociaciones de familiares de pacientes afectados de Demencia (...). Además, el profesional de brindar información clara a los pacientes y familiares sobre la Demencia, su evolución, manifestaciones clínicas, tratamiento integral y soporte al cuidador que les permita planificar su futuro (pág. 34).

2.3.2. Evaluación final de los talleres de psicoeducación

Los cuidadores mencionan que la organización general favoreció una buena experiencia de aprendizaje, además, a partir de la asistencia a los talleres, los cuidadores mencionan que se generó un cambio en ellos, puesto que, los conocimientos aprendidos en el taller les han servido en su vida cotidiana, y les han permitido comprender mejor sobre la Demencia de su familiar, poseer más herramientas para poder cuidar y manejar al mismo y conocer la importancia del autocuidado del cuidador. Por tal motivo, mencionan los temas que se abordaron en los talleres fueron muy utilices porque fueron pertinentes e informativos.

En cuanto al tiempo asignado a la presentación y la explicación de los temas, 4 cuidadores mencionan que fue suficiente y dos afirman que fue relativamente suficiente. Y de igual manera se refieren en relación al tiempo asignado a las discusiones en grupo, las preguntas y las respuestas.

Las sesiones que más les gustaron a los cuidadores fueron las que permitieron disipar las dudas y temores en relación a la Demencia, compartir experiencias reales y los

problemas similares con otros, mejorar la relación con el familiar con Demencia y mejorar la confianza en sí mismo.

En cuanto a las expectativas de los cuidadores frente a los talleres, en su mayoría mencionaron estar completamente satisfechos con las actividades que se realizaron en los talleres, de modo que, también lo calificaron como excelente. De modo que, los cuidadores consideran pertinente abrir más espacios para ayudar al cuidador a salir de la rutina diaria, además de que, la disipación de dudas en cuanto a las Demencias es fundamental, puesto que ayuda a disminuir la sintomatología provocada por la situación desconocida por la que están pasando los cuidadores.

2.3.3. Datos sociodemográficos

2.3.3.2. Cuidadores familiares primarios informales

Para el análisis también se tomó en cuenta la información proporcionada por cuidadores y familiares, relacionadas con datos de identificación y algunos aspectos relacionados con el estado actual de los pacientes con Demencia.

El cuidado del adulto mayor con Demencia, dentro de sistema familiar, en ocasiones suele ejercerse por varios miembros de la familia, sin embargo, con frecuencia recae sobre una única persona que cumple el papel de cuidador principal, que con frecuencia es una mujer, como se evidencia en los datos obtenidos donde de los 10 cuidadores de adultos mayores con Demencia, todas son mujeres.

En estudios realizados sobre el tema como en (Benavides, Alburqueque, & Chána, 2013) acerca de la “Sobrecarga en los cuidadores de los pacientes con enfermedad de Parkinson ambulatorios y sus factores de riesgo lógicos” se encontró que el cuidado en el 35,3% de los casos los realiza un hombre mientras que en el 64,7% de los casos

recae en una mujer. Por otro lado, (Melo, Marques, Lima, Partezani, & Loureiro, 2013) en un estudio sobre “Sobrecarga de cuidadores familiares de ancianos: prevalencia y asociación con características del anciano y del cuidador” entre los cuidadores familiares participantes, el 96,2% eran mujeres y solo el 3,8% eran hombres.

Por otro lado, la edad rango de los cuidadores familiares primarios es la edad mínima de 49 años y la máxima de 67 años. Y según el estudio realizado por (Benavides, Alburquerque, & Chána, 2013) refiere que la edad promedio fue de “52, 62 años con una desviación estándar de 14,4. Las edades fueron 23,1% 40años; 23,1% entre 41 y 50 años; 21,2% entre 51 y 60 años; 21,2% entre 61 y 70 años; 9,8% entre 71 y 80 años; y 1,9% entre 81 y 90 años” (pág. 1131).

En ese mismo sentido, el grado de parentesco que tiene el cuidador con la persona adulta mayor con Demencia es 6 hija, 1 cuidadores eran cónyuge, y 1 el hijo. Estos resultados tienen relación con el estudio de (Benavides, Alburquerque, & Chána, 2013) donde las características de los cuidadores, en cuanto al parentesco mostraron que “50% de los cuidadores eran la hija del anciano, 26,9% eran cónyuges, y 5,8% eran un hijo / hija (...) y 1,9% era hermano / cuñada. Los siete restantes 13,5% tenían otro parentesco con el anciano” (pág. 1131). Es decir que, el cuidado se encuentra en su mayoría a cargo de la hija del adulto mayor con Demencia.

En cuanto al rango de edad 62 – 86 años. Este promedio tiene relación con lo que se menciona en la Guía para la enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Detección y cuidados en las personas mayores (Comunidad de Madrid, 2007) “la incidencia de Demencia se mantiene más o menos estable hasta los 65-70 años (sobre los cinco casos

por 1.000 personas-año), y a partir de los 70 el crecimiento es exponencial (hasta 65-75 casos por 1.000 personas-año a los 90 años” (pág. 83).

En lo referente al género del adulto mayor con Demencia, 7 son mujeres y 3 son hombres. Estos datos tienen relación con un estudio donde menciona que “la incidencia global de Demencia en Europa es de 6,9 por 1.000 hombres y de 13,1 por 1.000 mujeres/año” (Comunidad de Madrid, 2007, pág. 84). Los estudios muestran que las mujeres tienen más riesgo de desarrollar Demencia que los hombres en relación al total de la población mundial. A pesar de que existen “varios estudios donde relacionan el sexo femenino como riesgo para padecer Demencia, especialmente EA, existen otros estudios donde no se observa tal asociación hasta edades muy avanzadas” (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer, 2010, pág. 91).

La información recabada acerca del tratamiento, fue bastante vaga, puesto que, los cuidadores sabían que su familiar recibía tratamiento farmacológico, pero desconocían los nombres de la medicación y para que servían. Sin embargo, este dato nos permitió dar cuenta que 9 personas adultas mayores sí reciben tratamiento y una no, por motivo que el profesional de la salud asoció a la Demencia Vascular que posee la paciente con algo normal de la edad, y por ende le informó que no es necesario un tratamiento.

La importancia del tratamiento en el paciente con Demencia debe ser un dato que toda persona debe tener acceso, puesto que, además de un buen diagnóstico, un adecuado tratamiento permite brindarle una mejor calidad de vida al adulto mayor con Demencia. El tratamiento tiene como objetivo ralentizar el proceso de deterioro cerebral, y además preservar las funciones que todavía no se encuentran comprometidas, además,

cabe mencionar que “las consecuencias del deterioro intelectual y físico que llevan aparejadas las Demencias generan en los enfermos que las padecen manifestaciones emocionales, y si a esto añadimos la circunstancia de que la mayoría de estos pacientes son ancianos (mayores de 70 años), con un desgaste biológico y una incidencia importante de patologías asociadas, tendremos una aproximación al perfil del paciente susceptible de nuestros cuidados”. (Comunidad de Madrid, 2007, pág. 135) Es decir que, el adulto mayor al desarrollar una Demencia, cae en una situación de doble vulnerabilidad, de modo que debe brindarse una atención adecuada para evitar otros trastornos comórbidos.

Es por este motivo que los objetivos del tratamiento deben siempre estar orientados al bienestar integral del adulto mayor con demencia, de manera que no se debe dejar de lado ningún aspecto. Es necesario trabajar, en su salud física y mental, así como también estimular las funciones que todavía están conservadas, con el fin de compensar las que están deterioradas o alteradas.

2.4. Principales logros del aprendizaje

A lo largo de la formación académica, se ha logrado conocer de cerca una problemática muy preocupante en relación a la población adulta mayor por las cifras a nivel mundial, las Demencias. La relación cercana con los adultos mayores, permitieron entender lo distante que aún se encuentra la idea de atención al adulto mayor. La atención médica intenta cubrir sus necesidades biológicas, sin embargo, sus necesidades psicológicas todavía siguen siendo desatendidas.

Si bien es cierto que el envejecimiento es un proceso natural, inevitable y que está presente en todos los seres vivos, no todos están preparados para enfrentarlo, de modo

que es importante ser comprensivo y empático con las crisis que podrían estar atravesando. Además, no debemos olvidar de quienes cuidan de ellos, quien vela por su bienestar integral, los cuidadores familiares primarios. Esta población, evidencia estar desatendida.

Para conocer mejor la realidad se realizó un acercamiento directo a la población adulta mayor con Demencia que asistía a la Casa de Respiro a través de talleres de estimulación cognitiva durante 8 meses, los cuales permitieron evidenciar el considerable deterioro cognitivo que poseían, por ejemplo, necesitaban que se les explique reiterativamente la orden de las actividades, de los lugares del centro que acudían meses o años, algunos no reconocían objetos, otros tenían dificultades motrices y otros tenían discursos repetitivos, es decir, podían contarte varias veces una anécdota en una hora.

En varias ocasiones al finalizar los talleres se podía observar la frustración acompañado de dolores de cabeza y ojos de algunos usuarios, sin olvidar la ansiedad que presentaban mientras hacían las actividades dentro del taller. Con el fin de mejorar la intervención con aquella población, se trató integrar a la planificación nuevas estrategias que permitan la estimulación cognitiva, de manera menos invasiva, es decir, adaptar actividades más dinámicas, que estén relacionadas con lo corporal y lo experiencial, como, por ejemplo, el baile, ejercicio, salidas al patio para identificar colores, números, etc.

Los resultados de los talleres reflejaron una mejoría en algunos usuarios, sin embargo, había otras personas que el deterioro cognitivo avanzó significativamente en esos meses, de manera que, ya no podían desempeñar ciertas actividades dentro del aula

ni tampoco en la vida cotidiana. Lo antes mencionado podría estar estrechamente relacionado con la ausencia de tratamiento farmacológico en aquellos usuarios.

El trabajo con adultos mayores con Demencia requiere de un aprendizaje teórico - práctico humanizado, puesto que, requiere de demasiada paciencia, amor y de aprender a comprender el accionar de ellos desde el conocimiento de la enfermedad. Cabe recalcar, que no es fácil, son cuadros bastante fuertes los que se han observado, y pensando como familiar, como cuidador primario, debe ser mucho más, puesto que están involucrados sentimientos hacia el paciente, pero no debemos olvidar que también la persona con Demencia pese a su enfermedad, tiene un profundo sufrimiento invadido por la pérdida progresiva de su autonomía, su identidad y en muchos casos de su familia. Así que es importante, no olvidar su salud psicológica, es decir, debemos encaminar el tratamiento basándonos en un bienestar integral que asegure una buena calidad de vida al adulto mayor con Demencia.

Pensando en el bienestar de los cuidadores familiares primarios informales de personas adultas mayores con Demencia que asisten a la Casa de Respiro, se realizó una pequeña entrevista, en la cual, fue posible identificar que aún no se presentaban signos de sobrecarga emocional en los cuidadores, pero era evidente que lo que estaban viviendo sobrepasaba sus recursos de enfrentamiento y el riesgo de presentar desgaste era inminente.

Los talleres de psicoeducación fue un proyecto que dejó mucha experiencia tanto a nivel profesional como personal porque al compartir con experiencias junto a los cuidadores, un aprende y entiende mejor la problemática. Es por este motivo que vale la pena difundirlo para que llegue la ayuda a muchas familias que no saben cómo manejar aquello, y a la larga llega a afectar su salud tanto física como mental.

Por otro lado, trabajar con las emociones de alguien es algo que requiere de una responsabilidad muy importante, y no se puede tomar a la ligera, es por tal motivo que cada sentimiento, emoción y experiencia compartida entre cuidadores es válida, importante y necesaria de trabajarla en ese espacio.

Los talleres permitieron que los cuidadores expandan su círculo relacional, su forma de ver su mundo y el de las Demencias, también tener una actividad recreativa que le ayude a disminuir sus niveles de estrés a los que se someten a diario por el cuidado continuo de su familiar. En cada sesión se intentó abrir un espacio para la catarsis, de modo que sus problemas cuando entraban por esa puerta, era algo que les competía a todos, de esta forma la carga para el cuidador pesaba menos, y el alivio inmediato era reflejado en sus rostros después de cada sesión.

En muchas ocasiones se logró evidenciar algunos síntomas que estaban afectando al cuidador, entre ellos, el miedo y la ansiedad son los que más sobresalen. La psicoeducación permitió explicar a las familias de adultos mayores con Demencia sobre que se trataban las Demencias, las implicaciones, técnicas de cuidado, prevención de accidentes, y sobre todo como cuidar de ellos mismos, puesto que, el no saber que es ni cómo responder ante alguna situación desconocida, era algo que estaba afectando a los cuidadores, puesto que, el desconocimiento los estaba llenando de miedos y angustias.

Los objetivos que se plantearon para el proyecto en su mayoría se cumplieron, puesto que, se abrió un espacio que posibilitó la expresión y canalización los sentimientos y emociones reprimidas que pueden afectar la salud física y mental de los cuidadores, a través de técnicas de expresión, autoconocimiento y relajación corporal, además se logró disminuir la tensión física y psicológica del cuidador, a través de la adaptación de estrategias y herramientas de cuidado probadas por diversos autores a la realidad de los

participantes, además de la mejor comprensión de las Demencias, a través de material teórico, visual y compartir experiencias entre cuidadores.

El objetivo de generar una red de apoyo para fortalecer psicológicamente a los participantes, renovar y difundir las estrategias impartidas de manera continua entre ellos y a nuevos agentes, no se cumplió, esto podría estar relacionado a que los talleres no se realizaron cada semana, sino cada quince días, es decir que, no hubo una continuidad, de manera que, impedía que se establecieran lazos fuertes entre los cuidadores.

Conforme fueron realizándose los talleres surgieron ciertas hipótesis en relación a la ausencia de algunos cuidadores. Se trataron de analizar para llevar a cabo una mejor intervención que permita al cuidador involucrarse en el espacio de los talleres de psicoeducación. Sin embargo, con el tiempo y la relación construida durante la realización de los talleres, es posible concluir que la ausencia de algunos de los familiares pudo estar relacionado con la falta de interés, falta de compromiso o miedo a conocer el desenlace de su familiar, puesto que, antes de llevar a cabo los talleres se aplicó la Escala Zarit a cuidadores.

Algunos de los elementos de riesgo que fue posible identificar es la dependencia que puede generar el grupo de ayuda, puesto que, al finalizar los talleres algunos cuidadores manifestaron su preocupación por su situación futura cuando ya no siga disponible este espacio, de modo que, fue importante recalcar que las herramientas siempre en sus manos, la diferencia es que ahora saben cómo usarlas.

Uno de los elementos en contra, fue el tiempo, sus necesidades demandaban un espacio continuo que permitiera escapar de su aislamiento, sin embargo, no se logró realizar todas las semanas porque muchos de ellos tenían algunas ocupaciones

pendientes que debían dejar al día. Al final del taller algunos cuidadores afirmaron que “van a extrañar ir a un lugar diferente de su hogar”, puesto que, en su mayoría los cuidadores eran personas que se habían aislado de otras personas, incluso de su propia familia, el cual estaba siendo un factor perjudicial para su salud.

Los talleres a más de ser un espacio de escucha, fue un espacio de movimiento, de práctica, de autoconocimiento, de fortalecimiento y sobre todo de reto. Un taller de psicoeducación no solo es brindar información, sino más bien es acompañarle psicológicamente en su proceso de aceptación, ayudarle a utilizar las herramientas psicológicas que tiene a su alcance y sobre todo ayudarle a disminuir cargas emocionales y físicas.

Cada actividad fue destinada a despertar diversos intereses y aptitudes escondidas en los cuidadores, puesto que, las actividades escogidas para la disminución de tensiones trataban de salir de lo cotidiano, e imponer sutilmente un reto para ellos, una nueva experiencia a cada cuidador, una nueva forma de vida. Esto se evidenció más en el taller de capoeira, de manera que, el idioma, los movimientos, la música, eran parte de una cultura nueva que despertaba en ellos emociones fuertes.

Atender esta población es vital, el cuidado que ofrecen a su familiar es fuerte, de manera que, es vital que ellos cuiden de su salud, y nosotros como profesionales difundir y abrir talleres que motiven e incentiven crear, fusionar y sobre todo amar, puesto que estos tres componentes ayudaron a encontrarse y cuidar de ellos mismos.

2.5. Conclusiones y recomendaciones

- Las concepciones sobre las Demencias influyen en las prácticas de atención porque, en su mayoría es asociada con síntomas propios de la edad, y por ende no recibe el

paciente un adecuado tratamiento. Esto tiene un correlato con la forma de afrontar la situación con el familiar.

- Existen protocolos, normativas, lineamientos, centros que se especializan en la atención del adulto mayor y del Alzheimer, sin embargo, sigue quedando fuera el tema de la atención a las Demencias.
- Existen pocos o ausentes dispositivos de atención especializada en el sistema de salud público que atiendan la salud del cuidador familiar primario de la persona adulta mayor con Demencia, y, además, realicen un acompañamiento en el transcurso de la enfermedad.
- El cuidado a una persona con Demencia es una labor que a largo plazo si no se interviene adecuadamente puede acarrear graves consecuencias a la salud del cuidador.
- Los puntajes obtenidos en la Escala Zarit no reflejaron niveles sobrecarga global, a excepción de una sola persona, quien presentó niveles de sobrecarga leve, de manera que, era importante intervenir tanto en él como en el resto de cuidadores, con el fin de prevenir la intensificación de la carga que puede afectar su salud.
- El factor más comprometido al malestar del cuidador es el factor A relacionado con el impacto subjetivo del cuidado en la vida de los cuidadores, 5 cuidadores presentan un impacto leve, un cuidador muestra poseer un impacto intenso del cuidado, y el resto no posee ningún impacto. En relación al factor B sobre el impacto de la relación del cuidador con el adulto mayor, 4 cuidadores presentan valores vinculados a la experimentación de sentimientos asociados con vergüenza, irritación, incomodidad o pérdida de control de su vida, otros 3 cuidadores muestran poseer un deterioro leve en la relación con su familiar, y 3 cuidadores no han

experimentado ninguno de los sentimientos mencionados. Y, por último, en el factor C acerca de cómo el cuidador se percibe en cuanto a la eficacia del rol que ejerce, 5 cuidadores muestran que su forma de ejercer su rol debería mejorar, y el resto perciben su capacidad de cuidado moderadamente ajustado a los requerimientos de su familiar.

- Es necesario establecer campañas de información y prevención de las Demencias para que se rompa el hilo que une las Demencias como algo normal del envejecimiento, además, se requiere de la atención a la salud física y mental de los cuidadores de adultos mayores con Demencia.
- Una estrategia de intervención válida es abrir más espacios para cuidadores familiares primarios informales de personas con Demencia, con el fin de ayudar a disminuir cargas emocionales y físicas, para prevenir las sobrecargas.

2.6. Bibliografía

- Arrazola, L., Méndez, U., & Lezaun, Y. (2001). *Manual práctico: La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir*. Cáritas española. Obtenido de https://books.google.com.ec/books/about/La_valoraci%C3%B3n_de_las_personas_mayores.html?id=kS-ODiG5hOUC&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
- Arriciaga, G. (2013). *SIDA, Influencia de un programa de psicoeducación desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad en los niveles de adherencia al tratamiento en personas viviendo con VIH /*. Programa de especialidades y maestrías, Universidad Central del Ecuador, Facultad de Ciencias Psicológicas, Ecuador. Obtenido de <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/3308/1/10082.PDF>
- Asamblea Nacional de la República del Ecuador. (14 de 11 de 2001). *LEY INTEGRAL PARA LA PERSONA ADULTA MAYOR.No. 7935*. Obtenido de Transitorio Único: DEROGADO por el artículo 2 de la Ley N° 8153 de 14 de noviembre: https://www.oas.org/juridico/mla/sp/cri/sp_cri-int-text-per-adul-may.pdf
- Barraza, A., & Castillo, M. (2006). *El envejecimiento. Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar*. Chile.
- Benavides, O., Alburqueque, D., & Chána, P. (2013). Evaluación de la sobrecarga en los cuidadores de los pacientes con enfermedad de Parkinson ambulatorios y sus factores de riesgo. *Revista Médica de Chile*(141), 320,326. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v141n3/art06.pdf>
- Brescané, T. (2014). *kNOW Alzheimer, respuestas concretas a dudas reales. Manual de consulta para Cuidadores y Familiares*. Barcelona: Profármaco-2. Obtenido de <http://knowalzheimer.com/manuales/>
- Comunidad de Madrid. (2007). *La enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Detección y cuidados en las personas mayores* (Primera ed.). (D. G. Alimentación, Ed.) Madrid.
- Crespo, M. (Marzo de 2015). La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica y Salud*, 26(1). doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2014.07.002>
- Espinoza, E., Méndez, V., Lara, R., & Rivera, P. (2009). Factores asociados al nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes. En control en el consultorio "JOSÉ DURÁN. *Theoria*, 18(1), 69-79. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/299/29911857007.pdf>

- Ferré, G., Rodero, S., Cid, B., & Vives, R. (2011). *Guía de Cuidados de Enfermería: Cuidar al Cuidador en Atención Primaria*. Tarragona: Publidisa.
- Flores, E., Rivas, E., & Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y Enfermería*, 18, 29-41.
- Gallegos, M., Flores, Q., & Castillo, R. (s.f.). *DEMENCIA EN EL ADULTO MAYOR*. Instituto Nacional de Geriátrica, Servicio de Medicina Interna. Hospital Ángeles Mocel, México. Recuperado el Julio de 2018
- Gort, A., March, J., Gómez, X., Mazarico, S., & Ballesté, J. (2005). Escala de Zarit reducida en cuidados paliativos. *Medicina-clinica*(3), 124-651. doi:10.1157/13074742
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer. (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*. Cataluña.
- Hernández, R., Baptista, M., & Fernandez, C. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Instituto Alzheimer y otras Demencias. (27 de octubre de 2016). *Estimulación cognitiva*. Obtenido de Falta de conciencia de la enfermedad. Anosognosia. Alteración conductual en pacientes con Alzheimer: <https://www.estimulacioncognitiva.info/2016/10/27/falta-de-conciencia-de-la-enfermedad-anosognosia-alteraci%C3%B3n-conductual-en-pacientes-con-alzheimer/>
- Melo, M., Marques, S., Lima, M., Partezani, R., & Loureiro, L. (2013). Sobrecarga de los cuidadores familiares del adulto mayor: prevalencia y la asociación de con las características del adulto mayor y del cuidador. *Revista da escola de enfermagem da usp*, 47(5), 1129-1136.
- Ministerio de Salud Pública. (s.f.). *Salud Mental*. Ecuador. Recuperado el Marzo de 2018, de <http://www.salud.gob.ec/salud-mental/>
- Ministerio de Salud Pública. (Septiembre de 2016). *Se conmemoró el Día Mundial del Alzhéimer en el Hospital del Adulto Mayor*. Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/se-conmemoro-el-dia-mundial-del-alzheimer-en-el-hospital-del-adulto-mayor/>
- Montero, X., Jurado, S., Valencia, A., Méndez, J., & Mora, I. (2014). Escala de carga del cuidador de zarit: evidencia de validez en México. *Psicooncología*, 11(1), 71-85. doi:10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44918

- Montorio, I., Fernández, M., & Lopez, A. (1998). *La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga* (Vol. 14). Murcia, España: Anales de Psicología.
- OMS, O. M. (2016). *La salud mental y los adultos mayores*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- OMS, O. M. (12 de 12 de 2017). *Demencia*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- OMS., O. M. (03 de 04 de 2017). Proyecto de plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la Demencia. Informe de la Directora General. 70.º ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. Punto 15.2. del orden del día provisional., 30. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_28-sp.pdf?ua=1. Obtenido de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_28-sp.pdf?ua=1
- Orbe, A. (11 de Enero de 2012). *Neuroimagen (I): Una mirada al interior del cerebro*. Obtenido de Hipertextual: <https://hipertextual.com/2012/01/neuroimagen-i-una-mirada-al-interior-del-cerebro>
- Organización Mundial de la Salud, O. (2018). *Envejecimiento y salud*. Obtenido de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Pérez, R. (2016). *TESIS DOCTORAL: Las dolencias de la mente. Prácticas de atención y cuidado de personas con demencia en Uruguay*. Tesis Doctoral, Universidad Nacional de Lanús, Departamento de Salud Mental Comunitaria, Montevideo, Uruguay – Lanús, Argentina. Obtenido de <http://geracoes.org.br/wordpress/?p=366>
- Pugliese, L. (2014). *El Envejecimiento Activo, aproximaciones conceptuales y ejemplos de programas que lo promueven. Asesoría en Políticas de Seguridad Social*. Obtenido de https://www.bps.gub.uy/bps/file/8189/1/44._el_envejecimiento_activo_aproximaciones_conceptuales_y_ejemplos_de_programas_que_lo_promuevan._pugliese.pdf
- Rivas, J., & Ostiguin, R. (2011). Cuidador: ¿Concepto operativo o preludio teórico? *revista enfermería universitaria*, 8, 49-54.
- Sánchez, C. (2004). *Estereotipos hacia la vejez y su relación con las variables demográficas psicosociales y psicologicas*. Tesis doctoral, Universidad de malaga, Malaga.
- Tello, T., Alarcón, R., & Vizcarra, D. (2016). Salud Mental en el adulto mayor: Trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 342-360. doi: 1726-4642

- Toribio , R., Díaz, V., Martínez, M., & Beltrán, I. (2013). Red de cuidadores informales de los pacientes con demencia en la provincia de Alicante, descripción de sus características. *Neurología*, 28(2), 95-102. Obtenido de https://ac.els-cdn.com/S0213485312000801/1-s2.0-S0213485312000801-main.pdf?_tid=795a397c-9499-4f2c-b1ca-272fe61bf282&acdnat=1532558055_c6025a1d2f79b7b81046c634394e9aa8
- Ugalde, O. (2010). *Guía Clínica para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos*. . Mexico: Patricia fuentes de Iturbe.
- UPMSJ, U. P. (2015). *Sistema integral de atención al adulto mayor*. Obtenido de <http://www.patronato.quito.gob.ec/programas/sistema-integral-de-atencion-al-adulto-mayor.html>
- UPMSJ, U. P. (2016). *Adultos mayores con discapacidad leve son cuidados y atendidos en Casa de Respiro*. Obtenido de <https://www.patronato.quito.gob.ec/noticias/98-adultos-mayores-con-discapacidad-leve-son-cuidados-y-atendidos-en-casa-de-respiro.html>
- Villar, F. (2005). *El enfoque del ciclo vital: un abordaje evolutivo del envejecimiento. Gerontología: Actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Pearson.
- Yáñez , P., Pazmiño, L., Villalobos, A., & Villacís, J. (2010). *Normas y protocolos de atención integral de salud de las y de los adultos mayores*. Ministerio de Salud Pública, Quito. Obtenido de [file:///C:/Users/ANDRES/Desktop/TESIS/Libros%20referenciales/Normas_y_protocolos%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ANDRES/Desktop/TESIS/Libros%20referenciales/Normas_y_protocolos%20(1).pdf)
- Zarit, S. (1998). *Demencia: cuidadores y estrés. Serie de documentos de la comunidad: paper 8*. University of Victoria. Canada: Center on Aging.

2.7. Anexos

ANEXOS A. ESCALA ZARIT

Preguntas	Nunca (0)	Casi nunca (1)	A veces (2)	Casi siempre (3)	Siempre (4)
1A - ¿Cree que su familiar solicita ayuda de la que realmente necesita?					
2A - ¿Cree que debido al tiempo que gasta con su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3A - ¿Se siente agobiado entre tener que cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades en su trabajo o familia?					
4B - ¿Se siente avergonzado/a por la conducta de su familiar?					
5B - ¿Se siente enfadada/o cuando está cerca de su familiar?					
6B - ¿Piensa que su familiar afecta negativamente su relación con otros miembros de su familia?					
7A - ¿Tiene miedo de lo que el futuro depare a su familiar?					
8A - ¿Cree que su familiar depende de usted?					
9B - ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10A - ¿Cree que su salud se ha resentido por tener que cuidar a su familiar?					
11A - ¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar?					
12A - ¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?					
13A - ¿Se siente incómodo/a por desatender a sus amistades debido a su familiar?					
14A - ¿Cree que su familiar espera que usted sea persona que le cuide, como si usted fuera la única persona de la que depende?					
15C - ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?					
16C - ¿Cree que será incapaz de cuidarle/o por mucho más tiempo?					

17B - ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar?					
18B - ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otros?					
19B - ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20C - ¿cree que debería hacer algo más por su familiar?					
21C - ¿Cree que podría cuidar mejor a su familiar?					
22A - Globalmente ¿qué grado de sobrecarga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?.					

AHORA LE VOY A REALIZAR UNA SERIE DE PREGUNTAS RESPECTO A CÓMO SE SIENTE USTED CON ESTA ENFERMEDAD. APLICAR ESCALA DE SOBRECARGA DE ZARIT.

Puntaje total ZARIT.....

ANEXOS C. DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES CON DEMENCIA

N°	NOMBRE DEL USUARIO	EDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN ACTUAL	N° DE HIJOS	NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO	ENFERMEDADES	INGRESOS ECONOMICOS	TIEMPO EN LA CASA	MOTIVO POR EL QUE ASISTE A LA CASA DE RESPIRO
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										

**ANEXOS D. EVALUACIÓN FINAL DE LOS TALLERES DE PSICOEDUCACIÓN PARA
CUIDADORES FAMILIARES INFORMALES DE ADULTOS MAYORES CON DEMENCIA**

1. ¿Cuán probable es que pueda poner en práctica las enseñanzas aprendidas en los talleres? (señale con un círculo una de las respuestas)

- a) Muy probable
- b) Probable
- c) Algo probable
- d) Improbable

2. Enumere tres conocimientos/competencias/actitudes que haya aprendido, que podría poner en práctica en la vida cotidiana.

3. ¿Cómo considera los temas que se abordaron dentro de los talleres?

- a) Muy Útil
- b) Útil
- c) Poco útil
- d) Inútil

4. El material de los talleres fue pertinente e informativo. (señale con un círculo una de las respuestas)

- a) Completamente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) En desacuerdo

- d) Completamente en desacuerdo
5. ¿Cómo considera el tiempo asignado a las presentación y explicación de los temas?
(señale con un círculo una de las respuestas)
- a) Suficiente
 - b) Relativamente suficiente
 - c) Relativamente insuficiente
 - d) Insuficiente
6. ¿Cómo considera el tiempo asignado a las discusiones en grupo, las preguntas y las respuestas? (señale con un círculo una de las respuestas)
- a) Suficiente
 - b) Relativamente suficiente
 - c) Relativamente insuficiente
 - d) Insuficiente
7. La organización general favoreció una buena experiencia de aprendizaje. (señale con un círculo una de las respuestas)
- a) Completamente de acuerdo
 - b) De acuerdo
 - c) En desacuerdo
 - d) Completamente en desacuerdo
8. Señale cual o cuales fueron las sesiones que más le gustaron. (Puede orientarse por los criterios siguientes: pertinencia, facilitación, discusiones, tratamiento de las preguntas, contenido de las sesiones, organización de las sesiones, presentaciones, ayudas visuales e instrumentos utilizados, entorno de aprendizaje, tiempo asignado y ritmo de la sesión).

Explique: -----

9. De acuerdo a su experiencia en los talleres ¿Qué considera que podría mejorarse?

Explique: -----

10. Mis expectativas fueron satisfechas. (señale con un círculo una de las respuestas y escriba las observaciones que considere pertinentes)

- a) Completamente de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) En desacuerdo
- d) Completamente en desacuerdo

11. A partir de la asistencia a los talleres ¿Hubo algún cambio en usted? ¿Cuál?

- a) Si
- b) No

12. ¿Qué opinión le merece los talleres en general? (señale con un círculo una de las respuestas)

- a) Excelente
- b) Bueno
- c) Regular
- d) Malo

¡Gracias por su tiempo!