

Grado en ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

TÍTULO:

**DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN
PARA LA SALUD AL CUIDADOR INFORMAL DE
PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER A
PARTIR DE EVIDENCIAS CIENTÍFICAS.**

Presentado por: NEREA GALLACH IÑIGUEZ

Tutor/es: MANUEL LILLO CRESPO.

ÍNDICE:

1. Listado de símbolos y siglas.....	2
2. Resumen general (castellano e inglés).....	2-5
3. Palabras clave.....	3,5
4. Análisis de la situación.....	6-12
4.1.Aspectos epidemiológicos de la EA.....	6,7
4.2 Cuadro clínico de la EA	7
4.3 Factores de Riesgo de la EA.....	7
4.4 Etapas de la EA.....	8
4.5 Diagnóstico diferencial de la EA.....	8,9
4.6 Tratamiento de la EA.....	9
4.7 Relación que tienen los cuidadores informales con éstas personas.....	9-11
5.Justificación.....	12
6. Análisis del proyecto (DAFO).....	13,14
7. Pregunta de investigación.....	15
8.Objetivos.....	15
9. Diseño y metodología de la intervención/programa y sesiones.....	16-27
10.Cronograma.....	28
11.Recursos.....	29
12.Evaluación.....	30,31
13.Discusión.....	32
14.Conclusiones.....	33
15.Agradecimientos.....	34
16.Bibliografía.....	35-39
17.Anexos.....	40-48

1. SÍMBOLOS Y SIGLAS:

EA (Enfermedad de Alzheimer)

AVD (Actividades de la vida diaria)

2. RESUMEN GENERAL:

Las mejoras de las condiciones de vida, los avances médicos, científicos y tecnológicos han traído un aumento de la esperanza de vida de las personas, así como el envejecimiento poblacional. La enfermedad del Alzheimer es una demencia, una enfermedad cerebral neurodegenerativa de aproximadamente 10-15 años de evolución (1). Según la asociación del Alzheimer, se cree que es una patología que empieza 20 años antes de que aparezcan los síntomas en la persona (2). A la progresión del Alzheimer, empieza con cambios cerebrales imperceptibles para la persona afectada, hasta llegar a los cambios que causan problemas de memoria y, eventualmente, discapacidad física, se le llama "continuo de la enfermedad del Alzheimer" (2). Se han realizado múltiples estudios en países industrializados y no industrializados, hallando que existe una mayor prevalencia en los primeros, especialmente en la población mayor de 60 años por su envejecimiento progresivo y una menor tasa de mortalidad. El 58% de las personas con demencia viven en países de ingresos bajos y medios y se estima un aumento del 71% en el año 2050 (3). Respecto a la incidencia, la demencia, se duplica cada 5 años después de los 65 años. El número de casos por edad aumenta 1% antes de los 65 años y un 6% por año después de los 85 años. En las tasas de la enfermedad, hay pocas diferencias, aunque se demuestra que son ligeramente más altas en mujeres que en hombres, sobre todo, a partir de los 85 años, debido a la esperanza de vida (3,4,5). La falta de experiencia en cuidados y conocimientos sobre esta enfermedad tiene un efecto directo sobre los pacientes, produciéndose un aumento de las complicaciones y del estado de dependencia; asimismo, puede generar una sobrecarga del cuidador informal, producida por la acumulación de estresores procedentes del cuidado del enfermo.

Por todo lo dicho anteriormente, he decidido realizar un proyecto de educación para la salud basado en evidencias científicas dirigido a los cuidadores informales de personas con Alzheimer, en el fin de ayudarles y guiarles en esta difícil y ardua tarea ampliando sus conocimientos y promoviendo sus habilidades en cuanto a la realización de cuidados instrumentales y emocionales. Para desarrollar las habilidades, conocimientos y las actitudes del cuidador se impartirán aspectos como, la identificación de los síntomas y la comunicación hacia el enfermo y cuidados específicos para éste tipo de pacientes. No se va a pasar por alto el enorme sacrificio que supone el cuidar, por lo tanto, el objetivo de éste proyecto es poder garantizar unos cuidados de calidad basados en las

evidencias científicas disponibles y las buenas prácticas que puedan identificarse a partir de la búsqueda bibliográfica a estos pacientes con la ayuda de su cuidador principal en el domicilio familiar. En una primera fase se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre las evidencias y buenas prácticas en programas educativos a ésta población, a continuación, en una segunda fase se utilizó una estructura DAFO para seleccionar aquellas iniciativas que aportasen mayor número de fortalezas y por tanto oportunidades para desarrollar una propuesta propia y finalmente en la tercera fase se procedió al diseño del programa.

3. PALABRAS CLAVE (TÉRMINOS MESH):

Alzheimer, Envejecimiento, Cuidadores, Demencia, Dependencia psicológica , Atención primaria de la Salud , Educación en Salud.

ABSTRACT:

The improvement in living conditions, medical, scientific and technological advances have brought an increase in people's life expectancy, as well as population aging.

Alzheimer's disease is a neurodegenerative brain disease of approximately 10-15 years of evolution (1) . According to the Alzheimer's Association, it is believed that it is a pathology that begins 20 years before the symptoms appear in the person (2).

The progression of Alzheimer's, starting with brain changes imperceptible to the person affected, until reaching changes that cause memory problems and, eventually, physical disability, is called the "Alzheimer's disease continuum"(2).

Multiple studies have been carried out in industrialized and non-industrialized countries, finding that there is a higher prevalence in the former, especially in the population over 60 years of age due to its progressive aging and lower mortality rate. 58% of people with dementia live in low- and middle-income countries and an increase of 71% is estimated in 2050 (3)

Regarding the incidence, dementia doubles every 5 years after the age of 65. The number of cases by age increases 1% before the age of 65 and 6% per year after the age of 85. There are few differences in the rates of the disease, although it has been shown that they are slightly higher in women than in men, especially after the age of 85, due to life expectancy (3,4,5).

The lack of experience in care and knowledge about this disease has a direct effect on patients, producing an increase in complications and the state of dependency; Likewise, it can generate an overload of the informal caregiver, produced by the accumulation of stressors coming from the care of the patient.

For all of the above, I have decided to carry out a health education project aimed at informal caregivers of people with Alzheimer's, in which it is intended to carry out an education aimed at the family home caregiver, in order to help and guide them in this difficult and arduous task expanding their knowledge and promoting their skills in terms of carrying out instrumental and emotional care. In order to develop the skills, knowledge and attitudes of the caregiver, aspects such as the identification of symptoms and communication with the patient and specific care for this type of patient will be taught.

The enormous sacrifice that caring entails will not be overlooked, therefore, the objective of this project is to be able to guarantee quality care to these patients with the help of their main caregiver in the family home.

In the first phase, a bibliographic review was carried out on the evidence and good practices in educational programs for this population, then, in a second phase, a SWOT structure was used to select those initiatives that provided the greatest number of strengths and therefore opportunities. to develop an own proposal and finally in the third phase we proceeded to design the program.

KEYWORDS (TERMS MESH):

Alzheimer, Aging, Caregivers, Dementia, Psychological dependency, Primary Health Care, Health Education.

4. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN:

En este apartado se habla sobre la enfermedad del Alzheimer en cuanto a la epidemiología de ésta enfermedad, la definición de ésta enfermedad, síntomas que tienen éstas personas, factores de riesgo, etapas del Alzheimer, diagnóstico, tratamientos y la relación que tienen los cuidadores informales con éstas personas, la influencia que tiene la enfermedad sobre ellos y los cuidados que se deberían llevar a cabo a éste tipo de pacientes.

4.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA EA:

Desde inicios del siglo XXI, asistimos a un crecimiento exponencial del grupo de población de personas mayores de 65 años y, como puede apreciarse en la Figura 1, hay un evidente aumento de los mayores de 80 años (6,7).

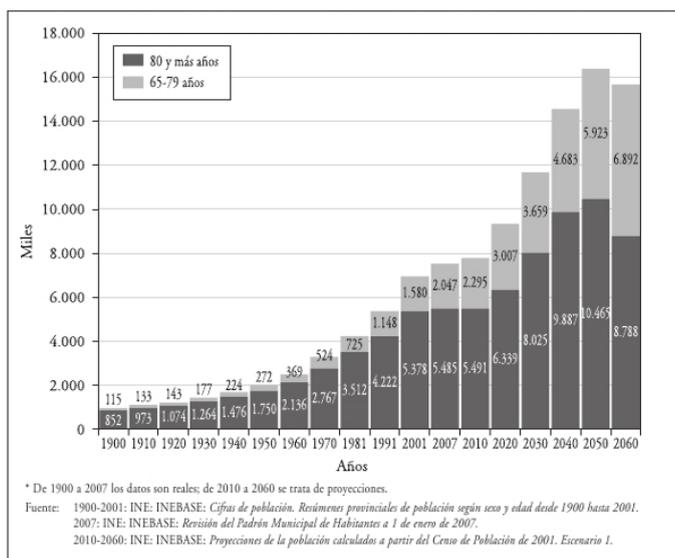


Fig. 1. Evolución de la población mayor. España, 1900-2060 (miles). IMSERSO, 2008.

Aproximadamente 50 millones de personas viven actualmente con demencia en todo el mundo, y se prevé que esta cifra alcance 152 millones de personas para 2050 (6,7)

La enfermedad de Alzheimer (EA) representa del 60% al 70% de todos los casos de demencia (6).

En los próximos años se espera que el mayor aumento en la prevalencia de la demencia se produzca en los países de ingresos bajos y medios, que muestran patrones de aumento de las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión y la diabetes (7)

La EA es la principal causa individual de demencia, representando entre el 50% y el 75%, y es principalmente una afección de la vejez, cuya prevalencia se duplica aproximadamente cada 5 años después de los 65 años (7).

Actualmente, en España, cerca de 650.000 personas están afectadas por dicha enfermedad y se manifiestan más de 100.000 nuevos casos al año (8).

Varios estudios de Europa observaron una mayor tasa de incidencia de EA entre las mujeres que entre los hombres, especialmente entre los grupos de mayor edad (9). Esto se debe a que entre los adultos mayores sobreviven más mujeres que hombres; también podría influir la carencia de estrógenos en la mujer postmenopáusica.

4.2 CUADRO CLÍNICO DE LA EA:

La demencia se puede definir como un síndrome clínico caracterizado por un grupo de síntomas y signos manifestados por dificultades en la memoria, alteraciones en el lenguaje y otras funciones cognitivas, cambios en el comportamiento y deficiencias en las actividades de la vida diaria.

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa progresiva.

En general, la media del tiempo de supervivencia de las personas con EA diagnosticada varía de 3-6 años. (10)

Por lo general, el síntoma inicial es la inhabilidad de adquirir nuevas memorias, pero suele confundirse con actitudes relacionadas con el proceso de envejecimiento o el estrés.(11) Ante la sospecha de Alzheimer, el diagnóstico se realiza con evaluaciones de conducta y cognitivas, así como neuroimágenes, de estar disponibles.(12)

4.3 FACTORES DE RIESGO DE LA EA:

Aunque los investigadores no han encontrado determinantes causales, se han identificado varios factores de riesgo asociados como: la edad, el género femenino, bajo nivel educativo y ocupacional, lesiones previas en la cabeza, apnea del sueño, terapia de reemplazo estrogénica y factores de riesgo vasculares, tales como la diabetes, la hipercolesterolemia y la hipertensión.(13)

4.4. ETAPAS DE LA EA:

La EA es una enfermedad lentamente progresiva, y en su evolución pueden reconocerse 3 etapas. La primera se caracteriza por las fallas de la memoria; en la segunda se agregan trastornos del lenguaje, apraxias y un síndrome de Gertsman; y en la tercera el paciente queda incapacitado, postrado en cama (14).

En la primera etapa de la EA destacan las fallas de la memoria y los conflictos. La falla más evidente es la pérdida de memoria episódica reciente. En esta primera etapa pueden existir trastornos del discurso: imprecisión o perseverancia en el contenido, faltas de coherencia, dificultades en la comprensión de discursos de cierta complejidad, discreta anomia que se confunde con la amnesia.

En la segunda etapa se agregan afasias (dificultad de comunicarse mediante el habla, escritura o mímica), apraxias (incapacidad para realizar una tarea aprendida de manera voluntaria) y elementos del síndrome de Gerstmann (Los primeros elementos del síndrome de Gerstmann suelen ser la acalculia (incapacidad para realizar cálculos y resolución de problemas matemáticos) y los trastornos de la escritura. Luego se agregan la desorientación derecha-izquierda y la agnosia digital (incapacidad de reconocer otras personas).

Y finalmente, en la tercera etapa el paciente requiere ayuda, corre riesgo de caer, y finalmente queda postrado en cama o en un sillón. Paralelamente ha ido perdiendo el control de esfínteres, el lenguaje se reduce, y termina postrado, debiendo ser movilizado, aseado y alimentado.

4.5 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA EA:

Para diagnosticar el Alzheimer los pasos más importantes a seguir están basados en un protocolo de diagnóstico que abarca la anamnesis e historia clínica junto con la información que aporte una persona fiable y cercana al paciente. (15)

Para ello, se emplean instrumentos breves para objetivar el déficit cognitivo como el Mini Examen Cognitivo (pese a ser prueba muy sesgada por el nivel sociocultural y muy larga para usarla en Atención Primaria), el "test de los 7 minutos", el Memory Impairment Screen (MIS) o el Montreal Cognitive Assessment (MoCA). También se emplea la escala ADAS (Alzheimer's Disease Assessment Scale). (15,16)

Una prueba muy fiable para el diagnóstico de la enfermedad es la determinación de los niveles del péptido (Abeta42) que en el Alzheimer estará disminuido y de los niveles de la proteína TAU total y fosforilada que se encuentran aumentados. (17)

4.6 TRATAMIENTO DEL EA:

El tratamiento de la EA involucra el tratamiento farmacológico, estimulación de la actividad y la orientación familiar. A su vez, el tratamiento farmacológico se refiere a medicamentos cuyo objetivo es mejorar los defectos cognitivos y otros destinados a corregir los trastornos conductuales.

Los medicamentos más valorados son los inhibidores de la acetilcolinesterasa (Donepezilo, galantamina y rivastigmina), ya que, intentan prolongar la vida útil de la acetilcolina en la corteza cerebral. Este neurotransmisor es liberado por neuronas colinérgicas cuyo soma se encuentra en el núcleo basalis de Meynert y cuyos axones estimulan células piramidales de las áreas de asociación cortical. En la EA se produce precozmente una pérdida de estas neuronas colinérgicas y los inhibidores de la acetilcolinesterasa intentan compensar este defecto (18)

Por otro lado, en cuanto al tratamiento no farmacológico, numerosas líneas de investigación afirman que hay diversas terapias que benefician a éste tipo de enfermos, un ejemplo de ellas es la musicoterapia, ya que, ha reducido los problemas de comportamiento y mejorar la interacción social (19)

La Fundación Alzheimer España (20) destaca tratamientos no farmacológicos como la gestión de los trastornos del lenguaje y la comunicación, la ergoterapia, la kinesiterapia y las ayudas psicológicas. Destaca también la importancia de tener en cuenta la variedad de la patología, esto significa que no todos los tratamientos actúan igual en todos los pacientes por eso mismo es necesario individualizar los cuidados para cada paciente.

4.7 RELACIÓN QUE TIENEN LOS CUIDADORES INFORMALES CON ESTAS PERSONAS:

El cuidador es la persona que asume la responsabilidad de los cuidados básicos de forma continua y/o regular, pudiendo ser o no un familiar (21). Además, asume todos o la mayor parte de los cuidados (22). Los estudios muestran que, en la mayoría de los casos, los miembros de la familia asumen el cuidado; son personas sin formación específica y que no perciben remuneración. Esta nueva realidad puede llevar a la sobrecarga, ya que el cuidador no tiene profesión, falta tiempo para el ocio y el autocuidado, afectando directamente su calidad de vida y el cuidado que se brinda a los ancianos (23,24).

Se estimó que alrededor del 43% de los pacientes con EA requieren un alto nivel de atención, como en enfermería, en el hogar y en instituciones.

El cuidado institucional a largo plazo es el principal costo en muchos países en desarrollo, por eso, es más común el desarrollo de la atención domiciliaria informal proporcionada por miembros de la familia en éste tipo de pacientes (25)

Hoy en día las familias son menos numerosas, por lo que la tarea de cuidar a las personas dependientes se divide entre un menor número de personas; este fenómeno, sumado a la incorporación de las mujeres al mundo laboral, hace que la tarea de cuidado de las personas dependientes se haga cada vez más difícil. (26)

Aunque los cuidadores de estos pacientes en fase avanzada rara vez están representados en los estudios de investigación, existen al menos algunas pruebas de que la carga aumenta con la gravedad de la demencia (27-29) y una de las principales razones es el aumento de la implicación personal del cuidador en cuanto al número de horas de atención diaria debido a las deficiencias en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (AVD) (28)

Entre las personas que asumen ese cuidado muchas veces aparecen una serie de síntomas que dan lugar al síndrome del cuidador quemado. Este síndrome se caracteriza por la presencia de estrés, ansiedad, depresión, irritabilidad, insomnio, dificultad de concentración, apatía, pérdida de apetito, cefalea, o abuso de sustancias nocivas, entre otros. Estas personas tienen sentimiento de culpa, dejan de lado sus actividades de ocio y diversión, así como a sus amigos, para dedicarse plenamente a la tarea del cuidado; manifiestan también tristeza y tensión ambiental, son incapaces de relajarse y pueden presentar un aislamiento social y sentimiento de soledad.(30)

Un artículo de 2013 afirmó que la EA es una de las enfermedades crónicas más costosas (31), y en 2014, el director del Centro de Investigación de la Enfermedad de Alzheimer de la Clínica Mayo afirmó que "si no nos ponemos al día con [la EA], el sistema de salud quedará en bancarrota" (32).

Otro hallazgo fue que muchos familiares y amigos de personas con EA u otras demencias hacen grandes sacrificios para ayudar a brindar atención, como gastar dinero de sus ahorros y cuentas de jubilación, poniendo así en peligro su propia seguridad financiera. Sorprendentemente, el informe también reveló que muchos cuidadores redujeron las necesidades básicas, como alimentos y atención médica para ellos y sus familias, y no sabían, o tenían conceptos erróneos acerca de qué gastos cubren Medicare y Medicaid, dejándolos sin preparación para manejar la situación. (33)

Los cuidadores familiares también experimentan estrés relacionado con el trabajo, como la necesidad de ajustar su horario de trabajo para acomodar cuidando a su ser querido. Los informes

muestran que el 57% de los cuidadores tenían que llegar tarde al trabajo, salir temprano o tomar tiempo libre; que el 16% tuvo que tomar una excedencia; y el 18% tuvo que cambiar de jornada completa a jornada parcial (33-35).

Los problemas que experimentaron los cuidadores fueron tener que aceptar un trabajo menos exigente (13 %), tener que dejar de trabajar por completo (9 %), recibir una advertencia sobre el desempeño o la asistencia (7%), y tener que jubilarse anticipadamente (6%) (34,36).

Algunos ejemplos de intervención incluyen asesoramiento, grupos de apoyo, apoyo en la gestión de casos y atención de relevo (33), todo lo cual puede ayudar a los cuidadores a dar lo mejor de sí mismos para el paciente.

Tres de los mayores problemas que enfrentan los miembros de la familia son la falta de privacidad, la falta de sueño y el síndrome del soldado solitario, la sensación de que tienen que soportar toda la carga de cuidar a su ser querido. Un cuarto problema es no anticipar lo que vendrá a continuación para su ser querido, y un quinto es tratar de manejar la abrumadora tarea de cuidar a su ser querido (37). La incontinencia, levantar objetos pesados y las conductas de deambulación en una persona con EA suelen ser los problemas más estresantes; tanto la incontinencia urinaria como la incontinencia fecal se encuentran entre las principales causas de internamiento en hogares de ancianos (37).

Una persona que cuida puede sentir satisfacción por ayudar a otro a continuar su vida, o puede tener sentimientos de fracaso, impotencia o creer que su trabajo no tiene valor, debido a la sobrecarga percibida por el cuidado a su familiar en edad avanzada. En el estudio referido la mayoría de los cuidadores (68%) consideraron inicialmente ser capaces de cuidar a su enfermo, pero al aumentar la edad de los ancianos esta consideración disminuyó (38).

La mayoría de los cuidadores no habían recibido ningún tipo de apoyo, habían sufrido cambios en su vida como: sentirse cansados, no tener convivencia familiar, no poder realizar sus actividades diarias y muchas veces no poder salir a trabajar. Sin embargo, en relación con las expectativas del cuidado que realizaban, la mayoría esperaba que el anciano al que cuidaba viviera feliz y con bienestar lo que le quede de vida, aunque otro porcentaje valioso esperaba que el adulto se recuperara de sus deficiencias y pérdidas funcionales. (39)

El cuidador debe de conocer bien las fases de la enfermedad y saber en cual se encuentra el paciente, para proporcionarle así los cuidados adecuados. Los principales objetivos de los cuidados finales deben ser bienestar, confort, respeto y la dignidad en el paciente (40,41). Por eso mismo, es importante, en esta enfermedad, que los profesionales presten atención tanto al paciente como a la familia y los haga parte del proceso de cuidado (42,43).

5. JUSTIFICACIÓN:

Se puede sacar en conclusión que el cuidado del enfermo de Alzheimer suele provenir de cuidadores informales, dicha asistencia suele no estar remunerada y provenir de miembros de la familia o amigos, los cuales carecen de conocimientos acerca de los cuidados y de las necesidades físicas y mentales que provoca la enfermedad.

Por todo lo dicho anteriormente, considero de gran importancia que los profesionales de enfermería dispongan de un tiempo para educar a través de intervenciones a aquellos cuidadores informales de pacientes con enfermedad de Alzheimer que carecen de los conocimientos adecuados para capacitarlos en la asistencia de las necesidades de los enfermos mediante una serie de programas, ya que, el cuidador debe estar capacitado en los cuidados que proporciona al paciente, con el fin de llevar lo mejor posible la enfermedad del familiar, sin que ésta le cause ninguna patología a sí mismo.

6. ANÁLISIS DEL PROYECTO (DAFO)

He utilizado el método DAFO a partir de la bibliografía buscada anteriormente para poder realizar las sesiones del programa educativo, ya que, con éste análisis se obtiene información que permite trazar una estrategia para conseguir los objetivos comerciales, organizativos, productivos y financieros marcados. Gracias a éste método se obtiene un mapa que permite obtener la situación objetiva y permite saber cómo hacer frente a las amenazas que se presentan.

En el análisis del proyecto, la detección de necesidades es un proceso esencial por el cual se averiguan carencias o debilidades del colectivo. Dicha detección se determinará mediante instrumentos como pueden ser el análisis DAFO, ésta técnica combina dos tipos de análisis; internos y externos. En cuanto a los análisis internos podemos destacar las fortalezas (características propias de las personas que llevarán a cabo la organización y formación del proyecto de intervención que favorecerán la consecución de los objetivos propuestos) y las debilidades (características que pueden dificultar la consecución de los objetivos propuestos). En cuanto a los análisis externos podemos destacar las amenazas (situaciones que pueden dificultar el alcance de los objetivos, éstas situaciones pueden ser económicas, sociales...) y las oportunidades (situaciones del entorno que pueden facilitar el logro de los objetivos).

Cabe destacar, que es muy importante reconocer las debilidades y las amenazas (falta de recursos económicos, falta de una formación completa inicial, dificultad del grupo diana para acudir a las sesiones...) ya que pueden ser un obstáculo cuando el plan se realice, por ello es necesario reconocerlas y afrontarlas minimizando sus efectos.

En cuanto a las fortalezas y las oportunidades (soporte tecnológico, disponibilidad de recursos, cercanía con el paciente...), hacen que el proyecto se lleve a cabo con mayor facilidad y potencien la consecución de los objetivos principal y específicos planteados.

Seguidamente, se categorizan y priorizan cada uno de éstos elementos en base a la bibliografía revisada para realizar un proyecto educativo dirigido a los cuidadores informales de personas con enfermedad de Alzheimer.

ANÁLISIS INTERNO	ANÁLISIS EXTERNO
<p>Fortalezas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disposición de un aula para impartir las sesiones. - Trabajo en equipo de los profesionales. - Continuo apoyo a los familiares. - Horarios de las sesiones adaptados a las necesidades de los cuidadores. 	<p>Amenazas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de recursos económicos para poder llevar a cabo el proyecto teniendo en cuenta el contexto de crisis económica actual. - Incompatibilidad de horarios entre profesionales y cuidadores. - Dificultad de encontrar profesionales socio sanitarios dispuestos a impartir las sesiones.
<p>Debilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificultad de contactar con el grupo diana. - Desconocimiento sobre el nivel de conocimiento del grupo diana. - Baja asistencia y participación de los familiares cuidadores. 	<p>Oportunidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formar a los cuidadores dando las herramientas necesarias para llevar a cabo el cuidado del familiar con Alzheimer. - Disponibilidad de recursos y un lugar adecuado donde llevar a cabo el plan de educación. - Fácil difusión a través de los centros de salud de la posibilidad de acudir a las sesiones. - Minimizar el estrés del cuidador.

Figura 2: Elaboración propia.

7. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Qué experiencias o intervenciones basadas en educación al cuidador se han publicado y evaluado?

8. OBJETIVOS.

OBJETIVOS GENERALES:

- Identificar la experiencia de cuidar y visualizar la situación de la persona cuidada.
- Planificar habilidades para cuidar a la persona enferma.
- Planificar habilidades de cuidarse a sí mismo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Visibilizar experiencias personales en torno a cuidar a otra persona .
- Identificar aspectos implicados en el trabajo de cuidar.
- Definir habilidades para la movilización y alimentación de la persona cuidada.
- Explicar la actitud de cuidar de forma adecuada para la persona cuidada y para la cuidadora.
- Identificar y reconocer los sentimientos que aparecen frecuentemente en las situaciones de cuidar.
- Examinar las actitudes equilibradas respecto al cuidar y cuidarse.
- Determinar las actitudes de incluir el cuidar en su proyecto de vida más que dedicar su vida a cuidar.
- Identificar habilidades de buscar soluciones para introducir cambios en su proyecto de vida orientadas a cuidarse más y tener más tiempo para sí.

9. DISEÑO Y METODOLOGÍA DEL PROGRAMA Y SESIONES.

En una primera fase se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre las evidencias y buenas prácticas en programas educativos a ésta población, a continuación, en una segunda fase se utilizó una estructura DAFO para seleccionar aquellas iniciativas que aportasen mayor número de fortalezas y por tanto oportunidades para desarrollar una propuesta propia y finalmente en la tercera fase se procedió al diseño del programa.

En cuanto a la búsqueda bibliográfica de éste proyecto, he realizado búsquedas en diferentes documentos de texto, entre los que se encuentran artículos de revistas, libros, trabajos de fin de grado... etc. Éstos documentos han sido encontrados a través de diferentes bases de datos nacionales e internacionales gracias a la plataforma de la biblioteca de la Universidad Europea de Valencia.

Algunos ejemplos de bases y plataformas consultadas son las siguientes:

- PubMed: portal de información biomédica desarrollado por la U.S National Library of Medicine del National Institutes of Health. También proporciona acceso a otras bases de datos del NIH, relacionados con consultas médicas, biomedicina...
- Medline: base de datos bibliográfica de temas médicos, producida por la National Library of Medicine de EE.UU. La temática es la biomedicina y la salud en sentido amplio.
- INE: Instituto Nacional de Estadística, con toda la información estadística recopilada en España.
- Base de datos ISBN: base de datos bibliográfica, elaborada por la Agencia Española del ISBN, que recoge los libros publicados en España desde 1972.
- Google Academic: es una plataforma que ha ayudado también a la búsqueda bibliográfica, se trata de un buscador Google especializado en artículos de revistas científicas y que está enfocado en el ámbito académico. Se encuentra en internet y almacena un amplio conjunto de trabajos de investigación científica de distintas especialidades y en diferentes formatos de publicación.

Los idiomas en los que he realizado la búsqueda bibliográfica son el inglés y el español. Así pues algunos descriptores utilizados para la búsqueda han sido: "Alzheimer", "Envejecimiento", "Cuidadores", "Caregivers", "Dementia"...etc.

Para el proceso de búsqueda bibliográfica he utilizado los términos Decs y Mesh combinando operadores booleanos (AND Y OR). Los artículos utilizados están sobre todo en inglés.

A continuación en la **tabla 1** se puede observar:

Términos Decs	Alzheimer, Envejecimiento, Cuidadores, Demencia, Dependencia psicológica, Atención primaria de la Salud, Educación en Salud.
Términos Mesh	Alzheimer, Aging, Caregivers, Dementia, Psychological dependency, Primary Health Care, Health Education.

Figura 1. Términos Decs y Mesh. Elaboración propia.

Para realizar las sesiones y la encuesta de satisfacción me he centrado en el siguiente manual:

Miqueo Miqueo, Pilar et al, Sección de Promoción de Salud. Instituto de Salud Pública (coord.), (2006), Manual de Educación para la Salud, Gobierno de Navarra.(44)

Fundación Reina Sofía [internet]. Fundación reina Sofía.es.2019 [Consultado 3 Enero 2023] (45)

R.Armas, “ La importancia de dedicarte tiempo”. [En línea]. Disponible en: <https://www.psicologoencasa.es/la-importancia-de-dedicarte-tiempo/>. [Consultado 6 Enero 2023] (46)

J.S.Celis Maya, “ La importancia del tiempo para uno mismo” Disponible en: <https://www.sebascelis.com/la-importancia-de-dedicarse-tiempo-a-uno-mismo/>. [Consultado 6 Enero 2023] (47)

V. Sabater, “Dedicar tiempo a estar bien contigo mismo también es salud,” 2020. Disponible en: <https://lamenteesmaravillosa.com/dedicar-tiempo-a-estar-bien-contigo-mismo-tambien-es-salud/> [Consultado 6 Enero 2023] (48)

En cuanto a las técnicas utilizadas en éste proyecto son:

En primer lugar, es muy importante conocer y expresar la situación en la que se encuentran los participantes de las sesiones, es decir, conocer lo que saben, sus creencias sobre el tema...

Cabe destacar la importancia del área emocional en éstos pacientes, para trabajar con ésta área, se utilizaran técnicas de exposición, es decir, se dará información sobre lo que se quiere conseguir, por ejemplo, acerca de las pautas de actuación frente a comportamientos en personas con Alzheimer, o bien, poner un vídeo con pautas de actuación para que sea más visual y después se hace un debate donde se intercambian ideas y opiniones entre los cuidadores y se aclaran las dudas.

Otra parte de las sesiones son el desarrollo de habilidades, es decir, conseguir que todos los participantes que acuden a las sesiones sean capaces de adaptarse a la nueva situación y realizar cuidados de calidad a su familiar con Alzheimer. Para conseguir ésto anteriormente dicho harán falta una serie de técnicas.

Una de éstas técnicas es la demostración con entrenamiento, ésta consiste en que el profesional de la salud represente un cierto comportamiento o alguna pauta frente a un signo conductual determinado y después la repitan los cuidadores.

Otra técnica sería el rol playing. Éste consiste en escoger a una persona cuidadora del grupo y ponerle una situación real. Los participantes con los conocimientos aprendidos durante las sesiones deben resolver el caso de la manera más adecuada.

Por último, cabe destacar la importancia de la ayuda a la toma racional de decisiones, es decir, capacitar a los cuidadores para que tomen las decisiones adecuadas para las nuevas situaciones con su familiar.

El programa de Educación para la salud va dirigido a los cuidadores informales de pacientes con Alzheimer del Departamento de salud Arnau-Vilanova (Valencia).

Los criterios de exclusión son; cuidadores de personas diagnosticadas con una demencia diferente o con una enfermedad discapacitante y aquellas personas con dificultades para participar en actividades en equipo.

En cuanto a los criterios de inclusión son; ser cuidador informal de una persona con enfermedad de Alzheimer y que el enfermo tenga un Mini-Mental entre 9-23, cuidador mayor de edad, ser el cuidador principal y estar más de 6 horas cuidando al enfermo.

La captación de los cuidadores informales de pacientes con Alzheimer se realizará a través de las consultas de pacientes crónicos del centro de Salud de Bétera, mediante la notificación de las sesiones educativas por parte del equipo multidisciplinar.

Se informará de las sesiones a los cuidadores de personas con Alzheimer cuando acudan a consulta o haciéndoles llegar el mensaje mediante contacto telefónico localizando los pacientes con un Mini-Mental entre 9-23. (ANEXO 1)

Asimismo se colocarán carteles informativos en el centro de salud de Bétera y en el Hospital Arnau-Vilanova e incluso serán publicados en redes sociales como Instagram y Facebook.

Para poder participar, los participantes tendrán que inscribirse en el centro de salud, en el hospital o por internet rellenando un formulario. (ANEXO 2, elaboración propia)

Se llevará a cabo durante tres semanas en el mes de Abril , la semana del 03/04/23, la semana del 10/04/23 y la semana del 17/04/23 . Se impartirán talleres con un máximo de 10 personas en el aula cada Lunes y Sábados.

En cuanto a la duración de las sesiones serán sesiones de 2 horas cada día de 18h a 20h, con posibilidad de amoldeamiento según las necesidades del grupo diana y el equipo multidisciplinar, pudiendo llegar a un convenio sobre la hora y día.

El número de docentes por cada taller serán 2 personas, dos enfermeros cualificados en el tema, la forma de organización será, cada enfermero dará una sesión a la semana, irán rotando.

La impartición de las sesiones educativas serán propuestas en el Hospital Arnau de Vilanova, donde habrá que comprobar la disponibilidad del aula o salón de actos donde se darán las sesiones. Se tendrá en cuenta la disponibilidad de horarios del grupo diana procurando establecer un horario adecuado para su acceso.

Antes de impartir las sesiones, se les pasará a todos los cuidadores informales que acudan la escala Zarit (ANEXO 3), ésta escala se utiliza para medir el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de ancianos afectos de trastornos mentales, consta de 22 ítems relacionados con las sensaciones del cuidador cuando cuidan a otra persona, cada uno de los cuales se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde 1 (nunca) a 5 (casi siempre). Al hacer las preguntas, se suman todos los puntos, si tiene < de 47, el cuidador no tiene sobrecarga, pero, cuando sale > de 55, éste ítem indica que sí que hay sobrecarga. También se pasará una entrevista breve (ANEXO 4) antes de cada sesión, al finalizar las sesiones se evaluará el grado de satisfacción.

Ésta escala y una encuesta se volverán a pasar al finalizar las sesiones programadas en las dos semanas para observar si la sobrecarga ha mejorado después de impartir todas las sesiones.

SESIONES:

SESIÓN 1:

SESIÓN 1: EXPRESA LO QUE SIENTES	
TÉCNICAS PROPUESTAS	Técnica del ovillo, Cuestionario, Presentación Power-Point, demostración con entrenamiento.
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> - Expresar experiencias sobre el cuidado a los familiares enfermos de Alzheimer. - Reorganizar sus conocimientos sobre el trabajo de cuidar. - Aprender técnicas conductuales que faciliten una mejor adaptación al cuidado.
MATERIAL NECESARIO	Cuidador, test de Zarit, presentación power point.
TIEMPO ESTIMADO	2 horas. (30 min, 60 min, 30 min)
CONTENIDOS	Evaluar las experiencias de los familiares y la sobrecarga y enseñar técnicas conductuales para mejorar la adaptación al cuidado.

Figura 3:Elaboración propia

Ésta sesión será la primera en realizarse para ver las experiencias y los conocimientos de los cuidadores informales y la sobrecarga que tienen antes de participar en las demás sesiones, al finalizar las sesiones volveremos a pasar el test Zarit (ANEXO 3) donde recordarán todos los conceptos aprendidos en los talleres y sus experiencias personales.

En ésta primera sesión, primero nos presentamos y presentamos la primera sesión que se va a impartir con sus tres bloques de contenidos (ver cuadro de objetivos didácticos del proceso). Acordamos el programa (temas a trabajar y la metodología que se va a seguir), horarios y funcionamiento.



Comentamos que se inicia la primera sesión. Presentamos y acordamos la primera sesión. Para empezar, se utilizará la técnica del ovillo, ésta técnica consiste en pasar un ovillo de lana entre los participantes con el fin de que cada uno de los participantes se presente con su nombre y verbalice las experiencias positivas y negativas sobre cuidar a su familiar. Al final del juego lograremos conocer el nombre de cada participante de la sesión y las experiencias que tiene sobre el cuidado de su familiar.

Una vez terminado el juego, procederemos a pasar el denominado test de Zarit (ANEXO 3) a cada uno de los participantes para ver el nivel de sobrecarga que tiene cada cuidador.

Una vez pasado el test realizaremos una exposición Power-Point (ANEXO 5) sobre el trabajo de cuidar retomando la información que hemos obtenido de las experiencias de los cuidadores. Los contenidos del PowerPoint serán; Qué es cuidar (dimensiones del cuidar), Beneficios/ Importancia, Consecuencias negativas del cuidar y Situación y necesidades de la persona cuidada.

Después de ver el powerpoint, se realizará un ejercicio de meditación guiada para aprender a controlar la respiración para que sea útil diariamente en situaciones estresantes.

SESIÓN 2:

SESIÓN 2: CAMBIOS POSTURALES EN PACIENTE ENCAMADO	
TÉCNICA PROPUESTA	Presentación power point, Demostración con entrenamiento.
OBJETIVO	Proporcionar al cuidador conocimientos sobre la importancia de las movilizaciones del paciente encamado.
MATERIAL NECESARIO	Ordenador + Proyector + Presentación video
TIEMPO ESTIMADO	2 horas
CONTENIDOS	Definir qué son los cambios posturales, tipos y cómo se realizan correctamente.

Figura 4: Elaboración propia

En ésta segunda sesión saludamos y acogemos al grupo. Retomamos lo trabajado en la sesión anterior y les preguntamos si han aplicado algo en casa y si quedan dudas. Presentamos y acordamos esta sesión.

Primeramente, se realizará una presentación power point (ANEXO 6) definiendo en primer lugar qué son los cambios posturales, cómo se realizan, cómo evitar UPP y en qué zonas y cómo se localizan.

Después de la exposición se pasará un folleto (ANEXO 7) con ejercicios sobre cambios posturales y la explicación de cómo realizarlos, aleatoriamente la enfermera que esté dando la sesión elegirá a uno de los participantes para que intente hacer la demostración del ejercicio indicado en el folleto, gracias al folleto, los participantes se podrán ayudar con él para realizar los ejercicios a su familiar enfermo.



SESIÓN 3:

SESIÓN 3: ¡ALIMENTEMOS CORRECTAMENTE!	
TÉCNICA PROPUESTA	Presentación power point, Simulación Práctica.
OBJETIVO	Adquirir habilidades en el manejo nutricional del paciente e hidratación.
MATERIAL NECESARIO	Ordenador + Proyector + Presentación video
TIEMPO ESTIMADO	2 horas
CONTENIDOS	Definir el concepto de disfagia, recomendaciones nutricionales, importancia de la hidratación en éste tipo de personas.



Figura 5 (elaboración propia)

En la tercera sesión, saludamos y acogemos al grupo. Retomamos lo trabajado en las primeras sesiones, ¿Hay algo que no quedó claro y que penséis que es importante que lo retomemos en las próximas sesiones?. Recogemos lo que dicen. Presentamos y acordamos ésta sesión.

Nos centraremos en la alimentación e hidratación del paciente enfermo.

Primero, la enfermera expondrá a través de un powerpoint (ANEXO 8) los problemas derivados de la desnutrición en los enfermos y la necesidad de hidratación constante debido a la falta de sensación de sed en las personas mayores, los contenidos del powerpoint son; concepto de disfagia, tipos, signos y síntomas, complicaciones y recomendaciones nutricionales.

Seguidamente, después de la exposición se hará una práctica, la cual consistirá en realizar un menú semanal para ver si ha quedado claro en la exposición qué alimentos son preferibles en éste tipo de pacientes.

SESIÓN 4:

SESIÓN 4: ¡CUIDAR Y CUIDARSE!	
TÉCNICA PROPUESTA	Discusión en bandas, Exposición con discusión, Ejercicio de análisis.
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar actitudes equilibradas respecto al cuidar y cuidarse y valorar la importancia de cuidarse y quererse a sí mismas en esta situación. - Identificar, compartir y “normalizar” los sentimientos que aparecen..
MATERIAL NECESARIO	Participantes, hoja de papel.
TIEMPO ESTIMADO	2 horas
CONTENIDOS	Analizar repercusiones de cuidar, retomar la importancia de cuidar y cuidarse, ejercicio de análisis.

Figura 6(elaboración propia)

En primer lugar saludamos y acogemos al grupo. Retomamos las sesiones anteriores y presentamos ésta.

En el primer ejercicio de ésta sesión, los participantes deben dividirse en dos grupos, que un grupo analice y piense las repercusiones que para una persona cuidadora puede tener el cuidar y no cuidarse y que el otro grupo analice y piense las repercusiones que para quien cuida puede tener cuidar y a la vez cuidarse y así después establecer una discusión entre ambos grupos (un grupo defiende que no es importante cuidarse y el otro grupo defiende que sí que es importante)

Después de ésta discusión en grupo, retomamos la importancia de cuidar y cuidarse.

Aportamos brevemente una serie de medidas de autocuidado para mantener la propia salud y el bienestar en cualquier situación y especialmente en una situación de crisis y especial vulnerabilidad como ésta:

- Cuidar nuestro cuerpo (alimentación equilibrada, ejercicio físico, sueño y descanso...)



- Cuidar nuestra mente (reconocer y aceptar los sentimientos que nos provoca la situación, valorarnos como personas y valorar lo que hacemos, equilibrar situaciones estresantes con otras gratificantes...)
- Cuidar las relaciones en ésta situación, recurrir al entorno y buscar apoyos (relacionarse mejor con la persona cuidada, reparto de tareas y cambios en la vida familiar, reorganización de la vida social...)

Luego se realizará un ejercicio de análisis:

“ El primer día ya constatamos que el trabajo de cuidar provoca muchos sentimientos y conlleva a una sobrecarga emocional. Tenemos que liberar los sentimientos y permitirnos cualquier tipo de sentimiento esté bien o mal visto”.

Se entregará una hoja a cada participante con distintos sentimientos que suelen aparecer al cuidar a otra persona (ANEXO 9).

Con ésta hoja realizaremos una exposición con discusión sobre los sentimientos que experimentamos son reacciones lógicas que se corresponden con la situación de cuidar, que a veces es dura y difícil, es importante reconocer los sentimientos y aceptarlos porque nos ayudan a entender qué nos está pasando, podemos intentar definir el tipo de emoción o sentimiento básico que experimentamos (miedo, alegría, rabia...) y las respuestas que acompañan a esos sentimientos y emociones (al miedo; huida, a la alegría; explosión, a la rabia; agresión...)

SESIÓN 5:

SESIÓN 5: APROVECHA EL TIEMPO!	
TÉCNICA PROPUESTA	Análisis de situaciones y toma de decisiones y evaluación final.
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar el tiempo que se dedican a sí mismas y buscar soluciones para cuidarse más y dedicarse más tiempo. - Reorganizar sus conocimientos sobre recursos de apoyo para el cuidado. - Reflexionar sobre su propio plan de cuidados.
MATERIAL NECESARIO	participantes, manual, boli, cuestionario.
TIEMPO ESTIMADO	2 horas
CONTENIDOS	Analizar actividades para cuidarse más, elaborar su propio plan de cuidados, evaluación final.

Figura 7(elaboración propia)

Tras saludar y acoger al grupo, realizamos un resumen del curso y preguntamos si tienen alguna duda de todas las sesiones que hemos dado hasta ahora. Decir que ésta es la última sesión, el curso para cuidadores de Alzheimer termina hoy Día 17/04/23. Presentamos y acordamos esta sesión.

En primer lugar, de manera individual cada participante abordará cómo reparte su tiempo de un día, es decir, cuánto tiempo dedica a su pareja, a sus hijos e hijas, a su trabajo, a la persona que cuida y a otras actividades. Preguntar si cambiarían algo hoy en la situación en la que están viviendo.

Luego procederemos a analizar un manual (ANEXO 10) que le proporcionaremos, en éste manual analizarán algunas actividades para cuidarse más. Se trata de equilibrar el cuidar y cuidarse en las tareas que desempeñan en la vida diaria y de buscar éste equilibrio según hacia donde quieran dirigir sus vidas y deseos favoreciendo la calidad de vida de la persona cuidada y de sí misma.



Por otro lado, repasamos los cuidados que hemos trabajado en la sesión anterior (sesión 4). Les pedimos que reflexionen individualmente si es necesario introducir cambios y que elaboren su propio plan de cuidados: Si es necesario cuidar más su cuerpo (dormir más, cuidar la alimentación...); si es necesario valorarse más y manejar mejor sus sentimientos...

Y para finalizar la sesión y el curso, les pediremos que individualmente rellenen un cuestionario (ANEXO 11), luego nos juntamos en grupo y comentamos la valoración general del curso. Nos despedimos.

10. CRONOGRAMA:

SEMANA 1	SESIÓN 1: LUNES 03/04/2023 de 18h a 20h.	SESIÓN 2: SÁBADO 08/04/2023 de 18h a 20h .
SEMANA 2	SESIÓN 3: LUNES 10/04/2023 de 18h a 20h.	SESIÓN 4: SÁBADO 15/04/2023 de 18h a 20h.
SEMANA 3	SESIÓN 5: LUNES 17/04/2023 De 18h a 20h.	

Figura 8 (elaboración propia)

11. RECURSOS:

Respecto a los recursos y materiales utilizados, estamos satisfechos ya que el hospital Arnau de Vilanova nos ha proporcionado una sala para atender ahí nuestras sesiones, presentándonos mesas, sillas, proyector... y dejándonos libremente decorar el espacio a nuestra manera para que estas personas sintieran de ese lugar, un hogar al que acudir y sentirse a gusto.

En cuanto a los recursos humanos, para poder realizar las sesiones a los cuidadores ha sido necesario un grupo de profesionales de la salud encargados de ésta tarea, en éste caso se han necesitado dos enfermeros del centro de salud de Bétera cualificados en el tema.

En cuanto a los recursos materiales que han hecho falta para poder realizar éstas sesiones son: En primer lugar, el espacio físico donde se vayan a partir las sesiones, en éste caso una sala del salón de actos del hospital Arnau-Vilanova, los folletos informativos y los pósteres informativos para dar a conocer la existencia de las sesiones a los cuidadores informales, también ha sido necesario la presencia de un ordenador, proyector, papel y bolígrafos para los cuidadores y un pen para poner el contenido de la información o PowerPoint.

Y por último el cuestionario de evaluación que se impartirá al finalizar las sesiones.

12. EVALUACIÓN:

La evaluación del proyecto de educación para la salud consiste en un conjunto de actividades y recolección de información que se realiza para conocer los avances del programa y los objetivos logrados, así como aquellos obstáculos que impiden avanzar más.

El propio diseño de la intervención incluye los parámetros a evaluar y prevé la forma de hacerlo.

En éste proyecto de educación para la salud hemos planteado una serie de sesiones para enseñar a los cuidadores informales a cuidar correctamente a sus enfermos familiares con Alzheimer y así disminuir la sobrecarga del cuidador informal.

Las costumbres y creencias personales, o los conocimientos sobre el cuidado a las personas con enfermedad de Alzheimer serán probablemente variables a modificar en mayor o menor medida.

Cada uno de estos factores han sido medidos antes y después de la intervención, de modo que, con los datos, se pueda reflexionar sobre lo que ha funcionado o ha fallado.

También nos interesaría saber cuantos han asistido a las sesiones que hemos ofrecido, si les han gustado, si han visto los carteles o los programas en el centro.

Por otra parte, necesitaremos saber cómo juzgan la calidad de los materiales que hemos producido, su comprensión, el atractivo del formato, de los textos, fotos o dibujos. Y, por último, si podemos, deseamos saber si hay cambios en los conocimientos y habilidades del cuidado a las personas con Alzheimer de la población a la que nos hemos dirigido.

Cada una de las cuestiones planteadas anteriormente tienen un tipo de evaluación .

Existen tres tipos de evaluación; evaluación de estructura, evaluación de procesos y evaluación de resultados.

En la evaluación de estructura y en la evaluación de procesos se evaluarán los recursos humanos, es decir, la capacidad del ponente para impartir el taller, su comunicación, la claridad y la calidad, originalidad, la empatía con el grupo y la dinámica.

Por otro lado, en la evaluación de los resultados se evalúan los recursos materiales, es decir, el material utilizado para las sesiones e instalaciones utilizadas. Y, por último, se evaluará la utilidad de las distintas sesiones realizadas.

Para evaluar lo anteriormente dicho es necesario utilizar una encuesta de satisfacción, es decir, una evaluación para las personas que han participado en las sesiones en la que se evaluará la organización de las sesiones, utilidad, comprensión, aspectos de las sesiones que se pueden mejorar, cuáles han sido las de mayor o menor interés (ANEXO 11)

También se realizará el llamado guión del observador, éste consiste en que habrá un docente enfermero al final de la sala donde se parten las sesiones pudiendo valorar cada detalle y dar apoyo al enfermero que parte las sesiones. Al final de las sesiones éste observador rellenará un cuestionario a través del cual se evaluará cada sesión, el entorno donde se han realizado las sesiones y la distribución para futuros talleres (ANEXO 12)

Y para finalizar también se pasará otra vez la escala Zarit a los participantes de las sesiones para visualizar la mejora de la sobrecarga del cuidador después de las sesiones impartidas (ANEXO 3).

En cuanto a la evaluación de los resultados, se evaluarán los objetivos propuestos en las tres esferas, el aumento del conocimiento y habilidades de las personas participantes y la satisfacción de los usuarios con la atención recibida.

La evaluación de los conocimientos se realiza a través de un test que pasaremos al finalizar las sesiones para así poder valorar los conocimientos que tenía el participante antes de las sesiones y después (ANEXO 13).

En cuanto a la evaluación de las habilidades, se evaluará en cada sesión a través de las simulaciones que se realicen mediante la observación directa.

Y, para finalizar, las actitudes se evaluarán a través de la participación de los participantes en las técnicas.

13. DISCUSIÓN.

En éste programa de educación para la salud al cuidador informal de personas con enfermedad de Alzheimer hay que tener en cuenta las limitaciones que puede sugerir, la existencia de estudios previos acerca de este tema y la conveniencia de formación de los profesionales encargados de impartir las sesiones planteadas.

Es muy importante diferenciar lo propuesto de manera teórica y la práctica en sí, la práctica consiste en la implementación del proyecto de manera real en un entorno determinado. Mientras que la elaboración de un proyecto de forma teórica, muchas veces se dan por hecho una serie de condiciones ideales en las que ponerlo en marcha.

Por ello, se ha realizado un análisis estratégico utilizando el método DAFO para poder estudiar las limitaciones o posibles amenazas ante las que nos vamos a encontrar a la hora de realizar las intervenciones educativas propuestas. Teniendo en cuenta éstas, la metodología y la disponibilidad de horarios en las sesiones.

Otro punto muy importante para resolver las limitaciones estudiadas desde un principio, ha sido la formación de los profesionales que van a impartir las sesiones educativas.

Según el estudio realizado a través de una serie de evidencias, el cuidador informal se enfrenta a una carga física y psíquica, tiene una gran responsabilidad frente a la vida del enfermo con Alzheimer en cuanto a la alimentación, a su higiene, en cuanto a la medicación... Por ello, es de mera importancia que el cuidador reciba una serie de recomendaciones y aprenda a manejar sus emociones para gestionar la información con la que hasta ahora no contaba, y para que piense sobre la mejor manera de desempeñar su trabajo y se pueda valorar a sí mismo.

En resumen, éste proyecto pretende dar respuesta a las necesidades expresadas por los cuidadores informales de personas con enfermedad de Alzheimer, respecto a la formación y manejo en situaciones difíciles.

Hay que tener en cuenta que la educación sanitaria es un pilar fundamental dentro de la enfermería y es muy importante en ésta rama de la salud marcar una serie de objetivos y diseñar proyectos para conseguir esos objetivos propuestos a través del análisis de factores externos e internos utilizando la metodología DAFO.

14. CONCLUSIONES.

De este proyecto se podría concluir que:

1. El éxito del proyecto va a depender del punto de partida del mismo y por ello la conveniencia de pasar la escala de Zarit en la primera sesión educativa, para adaptar el proyecto a las necesidades de los participantes.
2. Se va a priorizar la educación en las situaciones difíciles por las que se someten los cuidadores, ya que, al final són éstas las que más preocupación y ansiedad causan entre los cuidadores informales.
3. Éste proyecto va a ser sometido a una evaluación final, a través de la cual se podrán mejorar y adaptar los distintos apartados y contenidos de cara a futuras sesiones.
4. Éste proyecto lo utilizaremos para dotar al cuidador de herramientas que le permitan mejorar sus habilidades como cuidador, con el fin de mejorar la calidad del cuidado que proporciona a su paciente.
5. Continuando con la finalidad de lograr una mejor adaptación a las necesidades de los participantes, en éste proyecto se destaca la función del equipo multidisciplinar.
6. Debemos de potenciar que éste plan de mejora se pivote desde los Centros de Atención primaria y con carácter multidisciplinar.

15. AGRADECIMIENTOS.

En primer lugar, me gustaría agradecer a mi tutor: Manuel Lillo Crespo, por su implicación en mi trabajo y porque ha sido el guía principal de éste proyecto, por haberme apoyado en mis ideas desde el principio y porque gracias a él he podido desarrollar este trabajo que tan satisfecha me encuentro.

Por otro lado, quiero agradecer a mi familia por su apoyo incondicional, a mis padres y mi novio, quienes han estado en todo momento para apoyarme en mis decisiones y porque sin ellos no habría llegado donde estoy hoy, a punto de ser enfermera, una profesión que siempre he soñado ser.

Agradecer a mi abuela sobretodo , ya que, ella ha sido un pilar fundamental para mi proyecto y me ha empujado a realizar este trabajo con todo el cariño hacia ella y con la esperanza de mejorar día a día el cuidado en ésta enfermedad.

16. BIBLIOGRAFÍA:

1. Confederación española del Alzheimer. CEFA. Alzheimer: La enfermedad. <https://www.ceafa.es/es/el-alzheimer/la-enfermedad-alzheimer>. Consultado el 10 de diciembre de 2022.
2. Datos y cifras de la enfermedad del Alzheimer de 2020. Demencia de Alzheimer 2020. Dic, 10.
3. Lopez OL, Kuller LH. Epidemiología del envejecimiento y trastornos cognitivos asociados: prevalencia e incidencia de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Hanibal Clínica Neurol* 2019;167:139-148.
4. Garre-Olmo J. [Epidemiology of Alzheimer's disease and other dementias] *Rev Neurol* 2018 Jun 01,; 66(11): 377-386.
5. Kumar A, Sidhu J, Goyal A, Tsao JW. Alzheimer Disease. *StatPearls Treasure Island (FL): StatPearls Publishing;2020*.
6. IMSERSO. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas (Vol. I). ESPAÑA, DC: Ministerio de Sanidad y Política social, 2008.
7. Guillén F, Pérez del Molino J, Petidier. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico (2ª ed.). Barcelona: Elsevier Masson, 2008, pp. 3-12.
8. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial sobre la salud pública respuesta a la demencia 2017-2025. Consultado el 12 de diciembre de 2022.
9. Enfermedad de Alzheimer Internacional. Informe Mundial sobre el Alzheimer 2015. Consultado el 12 de diciembre de 2022.
10. Prince M, Albanese E, Guerchet M, et al. World Alzheimer Report 2014: Demencia y reducción del riesgo Análisis de Factores Protectores y Modificables, 2014.
11. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. OMS, 2001.
12. Fratiglioni L, Launer LJ, Andersen K, et al. Incidencia de demencia y principales subtipos en Europa: un estudio colaborativo de cohortes basadas en la población. *Neurología*. 2000.
13. Helzner EP, Scarmeas N, Cosentino S, Tang MX, Schupf N, Stenio Y. Supervivencia en la enfermedad de Alzheimer: un estudio multiétnico basado en la población de casos incidentes. *Neurología*. 2008;71: 1489-1495.

14. DeFina P, Sclaro R, Glenn M, Lichtenstein J, Fellus J. Actualización clínica y de investigación sobre la enfermedad de Alzheimer para profesionales de la salud. *J Aging Res.* 2013;2:10-9.
15. Jacinta CJr, Albert MS, Knopman DS. Introducción a las recomendaciones de los grupos de trabajo del Instituto Nacional sobre el envejecimiento y la Asociación de Alzheimer sobre las pautas de diagnóstico para la enfermedad de Alzheimer. *Demencia de Alzheimer.* 2011;7(3): 257-62.
16. Bondi MW, Salmon DP, Kaszniak AW. La neuropsicología de la demencia. Evaluación neuropsicológica de trastornos neuropsiquiátricos y neuromédicos. New York: Oxford University Press;2009.
17. Alberca R, López-Pousa S. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. 4º ed. Madrid: Editorial médica Panamericana;2014.
18. Martín C. Deterioro cognitivo y demencias. La enfermedad de Alzheimer. En: Sánchez M, Agüera L, Martín M, Azpiazu P, Olivera J, Mateos R. Guía esencial de la psicogeriatría. 2ª ed. Madrid: Editorial médica Panamericana; 2014,P.15-50.
19. Jiménez-Palomares M, Rodríguez-Mansilla J, González-López-Ariza MV, Rodríguez-Domínguez MT, Prieto-Tato M. Beneficios de la musicoterapia como tratamiento no farmacológico y de rehabilitación en la demencia moderada. *Revista Española de Geriatria y Gerontología [internet].* 2013 Sep [Consultado 20 Dic 2022];37(2): 61-67. Disponible en: <https://cutt.ly/HbbCOdD>
20. Tratamiento NO Farmacológico - Fundación Alzheimer España [internet]. Alzheimer.org.2015 [Consultado 20 Dic 2022]. Disponible en: <https://cutt.ly/XbbBh0E>
21. Kobayasi DY, Partezani Rodrigues RA, Silva Fhon JR, Silva LM, Souza ACd, Campos Chayamiti, Emilia Maria Paulina, et al. Overload, red de apoyo social y estrés emocional en el cuidador de ancianos. *Avances en Enfermería* 2019;37(2):140-148.
22. Morris J (2005) Enfermedad de Alzheimer preclínica y en etapa temprana. *Alzheimer's Dis Assoc Disord;* 2019,P 163-165.
23. DeKosky ST, Ikonovic MD, Styren SD, Beckett L, Wisniewski S, Bennett DA et al. Regulación ascendente de la actividad de la colina acetiltransferasa en el hipocampo y la corteza frontal de sujetos ancianos con deterioro cognitivo leve. *Ann Neurol* 2002;51: 45-55

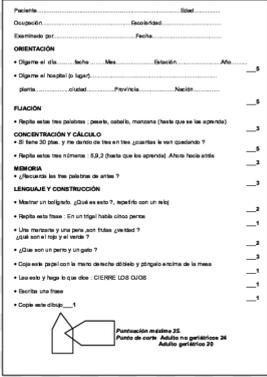
24. Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. Carga del cuidador: una revisión clínica. JAMA [Internet]. 2014 [citado 2022 dic.24]; 311 (10): 1052-60. Disponible en; DOI:<https://doi.org/10.1001/jama.2014.304>
25. Loureiro LSN, Fernandes MGM, Nóbrega MML, Rodrigues RAP. Sobrecarga en cuidadores familiares de ancianos: asociación con características del anciano y demanda del cuidado. Rev Bras Enferm [Internet]. 2014 [citado 2022 dic.24];67(2): 227-32. Disponible en: DOI: <http://doi.org/10.5935/0034-7167.20140030>.
26. Souza LR, Hanus JS, Libera LBD, Silva VM, Mangili EM, Simoes PW. Sobrecarga de cuidados, estrés e impacto en la vida de cuidadores domiciliarios atendidos en la atención primaria. Cad Saúde Colet [Internet]. 2015 [citado 2023 Dic. 26]; 23(2): 140-9. Disponible en DOI: <http://doi.org/10.1590/1414-462X201500020063>
27. Kalaria RN, Maestre GE, Arizaga R, et al. La enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular en los países en desarrollo: prevalencia, manejo y factores de riesgo. Lancet Neurol. 2008;7:812-826.
28. Brodaty H, Donkin M. Cuidadores familiares de personas con demencia. Diálogos Clín Neurosci. 2009;11(2):217-28.
29. Mioshi E, Foxe D, Leslie F, Savage S, Hsieh S, Miller L, et al. El impacto de la gravedad de la demencia en la carga del cuidador en la demencia frontotemporal y la enfermedad de Alzheimer. Trastorno de Alzheimer Dis Assoc.2013;27(1):68-73.
30. Haro JM, Kahle-Wroblewski K, Bruno G, Belger M, Dell'Agnello G, Dodel R, et al. Análisis de la carga en los cuidadores de personas con la enfermedad de Alzheimer utilizando el auto informe y las horas de supervisión. J Nutr Health Aging. 2014; 18(7):677-84.
31. Liu J, Wang L, Tan J, Ji P, Gauthier S, Zhang Y, et al. Carga, ansiedad y depresión en cuidadores de veteranos con demencia en Beijing. Arch Gerontol Geriatr.2012;55(3):560-3.
32. Zambrano Cruz R, Ceballos Cardona P. Síndrome de la carga del cuidador. Rev. Colomb. Psiquiatr.2007;36(1):26-39.
33. Hurd MD, Martorell P, Delavande A, Mullen KJ, Langa KM. Costos monetarios de la demencia en los Estados Unidos. N Engl J Med. 2013; 368: 1326-1334.
34. Cita: El Alzheimer arruinará nuestro sistema. Sitio web Alzheimer's.net <https://www.alzheimers.net/ronald-petersen-alzheimers-quote/>. Publicado el 21 de abril de 2014. Consultado el 26 de diciembre de 2022.

35. Asociación de Alzheimer. Datos y cifras de la enfermedad de Alzheimer de 2016. Alzheimer hacer loco. 2016;12: 459-509.
36. Asociación de Alzheimer. Datos y cifras de la enfermedad de Alzheimer de 2018. Alzheimer hacer loco. 2018;14:367-429.
37. Datos y cifras de la enfermedad de Alzheimer de 2014: Usio y costo de la atención médica, cuidados a largo plazo y cuidados paliativos. Vol.10. Chicago, IL: Asociación de Alzheimer; 2014:42.
38. Blendon R, Benson J, Weldon K; Escuela de Salud Pública de Havard. Encuesta sobre la enfermedad de Alzheimer en cinco países. Sitio web de Alzheimer Europa. [https://www.alzheimereuropa.org/content/download/21571/157322/file/Value of being-Prese ntaci n de resultados en PowerPoint.pdf](https://www.alzheimereuropa.org/content/download/21571/157322/file/Value%20of%20being-Prese%20ntaci%20n%20de%20resultados%20en%20PowerPoint.pdf). Publicado en febrero de 2011. Consultado el 26 de diciembre de 2022.
39. Spencer PD. 5 grandes problemas que sabotean a los cuidadores familiares. Sitio web Caring.com. [https:// www.caring.com/articles/caregiver-issues](https://www.caring.com/articles/caregiver-issues). Consultado el 26 de diciembre de 2022.
40. Domínguez-Segura N, Gómez-Caballo R, López-Quintana R, et al. El anciano dependiente y el cuidador principal.
41. Flores E, Rivas E, Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar del adulto mayor con dependencia severa. Cienc Enferm [internet]. 2012;18(1):29-41 [consultado 28 diciembre 2022]. Disponible en:<http://bit.ly/1G7z2L2>
42. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadística a propósito del día internacional de las personas de edad. INEGI;2013 [consultado 28 Dic 2022].
43. García AMA, Hueso PVA, Méndez LTR, Tao PAO. Necesidades de cuidado en los pacientes con demencia y/o Alzheimer: una revisión íntegrate a. Revista Cuidarte 2019;10(3).
44. Miqueo Miqueo, Pilar et al, Selección de Promoción de salud. Instituto de Salud Pública (coord.), (2006), Manual de Educación para la salud, Gobierno de Navarra.
45. Fundación Reina Sofía [internet]. Fundación reina Sofía.es.2019 [Consultado 3 Enero 2023]
46. R.Armas, “ La importancia de dedicarte tiempo”. [En línea]. Disponible en: <https://www.psicologoencasa.es/la-importancia-de-dedicarte-tiempo/>. [Consultado 6 Enero 2023]
47. J.S.Celis Maya, “ La importancia del tiempo para uno mismo” Disponible en: <https://www.sebascelis.com/la-importancia-de-dedicarse-tiempo-a-uno-mismo/>. [Consultado 6 Enero 2023]

48.V. Sabater, "Dedicar tiempo a estar bien contigo mismo también es salud," 2020. Disponible en:
<https://lamenteesmaravillosa.com/dedicar-tiempo-a-estar-bien-contigo-mismo-tambien-es-salud/>
[Consultado 6 Enero 2023]

17. ANEXOS:

ANEXO 1: ESCALA MINI- MENTAL.



MINI EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC)

Paciente: _____ Edad: _____
 Ocupación: _____ Sexo: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

ORIENTACIÓN

- Dígame el día, fecha, Mes, Estación, Año. _____ 5
- Dígame el hospital (o lugar) planta, ciudad, Provincia, Nación. _____ 5

FLUJACIÓN

- Responda entre tres palabras: (pasa, castaño, manzana) (debe que se las espere) _____ 3

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

- Si tiene 50 años, ¿en cuántos días en tres semanas le van quedando? _____ 5
- Responda entre tres números: 5, 2, 2 (suma que los aprendió). Ahora resta entre _____ 3

MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras de antes? _____ 3

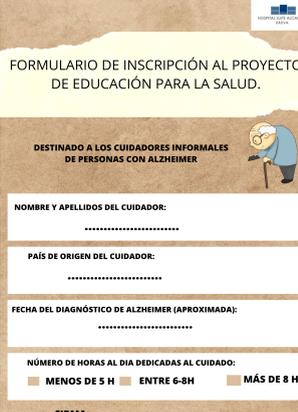
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Muestre un bolígrafo. ¿Cuál es esto?, ¿cómo se llama? _____ 2
- Responda esta frase: En un trigal había cinco perras _____ 1
- Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? ¿cómo se llama el árbol? _____ 1
- ¿Qué son un perro y un gato? _____ 1
- Copie este papel con la mano derecha dibuje y pégalo encima de la mesa _____ 1
- Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS _____ 1
- Dibuje una línea _____ 1
- Copie este dibujo _____ 1



Puntuación máxima 35.
 Puntos de corte: **Adelto** no deterioro 24
Adelto deterioro 20

ANEXO 2: FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN (Fuente de elaboración propia).



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

DESTINADO A LOS CUIDADORES INFORMALES DE PERSONAS CON ALZHEIMER



NOMBRE Y APELLIDOS DEL CUIDADOR:

PAÍS DE ORIGEN DEL CUIDADOR:

FECHA DEL DIAGNÓSTICO DE ALZHEIMER (APROXIMADA):

NÚMERO DE HORAS AL DÍA DEDICADAS AL CUIDADO:
 MENOS DE 5 H ENTRE 6-8H MÁS DE 8 H

FIRMA:

ANEXO 3: ESCALA ZARIT.

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR - TEST DE ZARIT
Indicaciones: Medir el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de ancianos afectos de Alzheimer.
Objetivos: Medir el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de ancianos afectos de Alzheimer.
Administración: consta de 22 ítems relacionados con las sensaciones del cuidador cuando cuida a una persona, cada uno de los cuales se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde el "nunca" al "casi siempre". Autoadministrada.
Interpretación:
 -<40: No sobrecarga
 -47 a 55: Sobrecarga leve
 ->55: Sobrecarga intensa
Reevaluación: Cuando la situación del paciente cambia o se sospeche aparición de sobrecarga en el cuidador. De forma gratuita con cambios anual.
Propiedades psicométricas: Se ha estudiado la validez de concepto y la validez de constructo. La consistencia interna de la escala es de 0,97 y la fiabilidad test-retest es de 0,86.

TEST DE ZARIT - ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

¿Piensa que su familia le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para él?	
¿Le sienta agobiado por tener que cuidar al cuidado de su familiar con esas responsabilidades (trabajo, familia)?	
¿Siente angustia por la enfermedad de su familiar?	
¿Se siente entorpecido cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
¿Tiene miedo por el futuro de su familia?	
¿Piensa que su familia depende de él?	
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que no tiene tanta simpatía como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su familia le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
¿Le sienta que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
¿Le sienta agobiado tener que hacer eso a su familiar?	
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
¿Con frecuencia, ¿qué grado de "cansancio" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
TOTAL	

OPCIONES
 1- Nunca 2- Rara vez 3- Algunas veces 4- Bastantes veces 5- Casi siempre

ANEXO 4: ENTREVISTA BREVE (Fuente de elaboración propia).

DEPARTAMENT DE SALUT VALÈNCIA
ARNAU DE VILANOVA-LLIRIA

ENTREVISTA CUIDADORES INFORMALES:

- ¿Cuándo empezasteis a notar que algo no iba bien?
- ¿Cuánto tiempo hace? ¿Cuándo fuisteis al médico?
- ¿Cómo ha sido la evolución?
- ¿Cómo se encuentra ahora el paciente? Movilidad, reconocimiento de personas, capacidad de realizar tareas por sí mismo.
- ¿Cómo organizáis vuestro tiempo?
- ¿Eres el cuidador principal o turnos?
- En un futuro familia o residencia...
- En el caso de que el familiar enfermo esté encamado, ¿Llevas a cabo movilizaciones en el paciente encamado? en caso negativo: ¿las conoces?
- ¿Conoces el concepto de disfagia? En caso afirmativo, ¿Sabrías qué tipo de alimentos deberías darle a tu familiar en éste caso?
- ¿Por qué es importante mantener al familiar bien hidratado?
- ¿Sientes que te encuentras en una situación de crisis y vulnerabilidad al cuidar a tu familiar? ¿Sigues medidas de autocuidado para mantener tu propia salud?
- ¿Sería necesario introducir cambios en tu propio plan de cuidados?



ANEXO 5: POWER POINT SESIÓN 1.

(Fuente de elaboración propia a partir de la referencia 43.)

EL TRABAJO DE CUIDAR

¿QUÉ ES CUIDAR? DIMENSIONES DE CUIDAR

- APOYO INSTRUMENTAL (compras, cocina, limpieza...)
- PROPORCIONAR CUIDADOS MATERIALES DIRECTOS (higiene personal y cuidado de piel, alimentación...)
- CUIDADO EMOCIONAL (escucha, cariño, atención...)

CONTENIDOS:

1. QUÉ ES CUIDAR.
2. BENEFICIOS E IMPORTANCIA DE CUIDAR.
3. CONSECUENCIAS NEGATIVAS DEL CUIDAR.
4. LA SITUACIÓN Y LAS NECESIDADES DE LA PERSONA CUIDADA.

¿QUÉ ES CUIDAR? DIMENSIONES DE CUIDAR

- VIGILANCIA (daños, caídas, noches...)
- RESPONSABILIDAD (de que todo funcione)

BENEFICIOS E IMPORTANCIA DE CUIDAR.

Ayuda a mantener el nivel de salud y bienestar de las personas y la comunidad. Sin él muchas personas no podrían vivir y el sistema de salud se desbordaría. Aunque no se paga constituye una parte fundamental de la producción global de la economía española. Ayuda a la persona cuidada a vivir el presente, conectar con el pasado y mirar al futuro.

SITUACIÓN Y NECESIDADES DE LA PERSONA CUIDADA.

- DISTINTOS PERFILES.
- VIVENCIAS FRENTE A LA EDAD.
- ENFERMEDAD E INCAPACIDAD

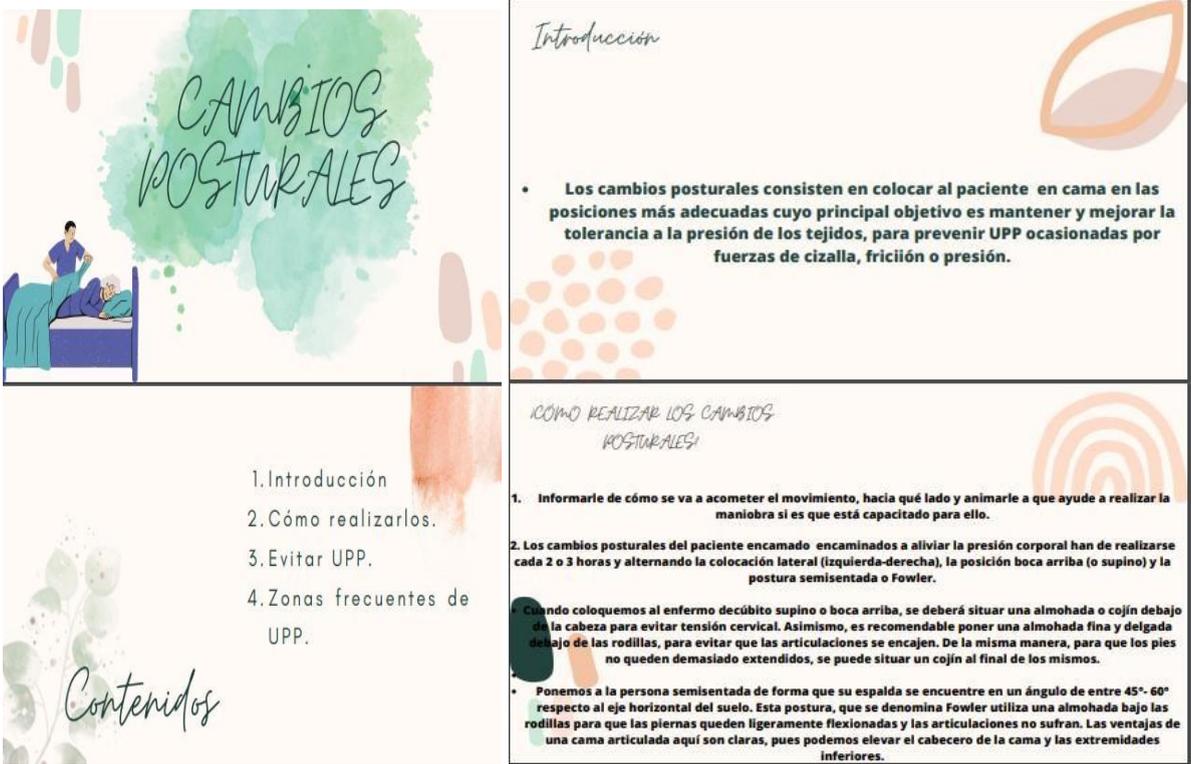
CONSECUENCIAS NEGATIVAS DEL CUIDAR

SOBRECARGA FÍSICA Y EMOCIONAL PARA LA PERSONA QUE CUIDA.

ES UNA SITUACIÓN DE RIESGO Y DE ESPECIAL VULNERABILIDAD!

¿DUDAS?

ANEXO 6: Powerpoint sesión 2(Fuente de elaboración propia guiándose de la referencia 43)



CAMBIOS POSTURALES

Introducción

- Los cambios posturales consisten en colocar al paciente en cama en las posiciones más adecuadas cuyo principal objetivo es mantener y mejorar la tolerancia a la presión de los tejidos, para prevenir UPP ocasionadas por fuerzas de cizalla, fricción o presión.

Contenidos

1. Introducción
2. Cómo realizarlos.
3. Evitar UPP.
4. Zonas frecuentes de UPP.

CÓMO REALIZAR LOS CAMBIOS POSTURALES

1. Informarle de cómo se va a acometer el movimiento, hacia qué lado y animarle a que ayude a realizar la maniobra si es que está capacitado para ello.
2. Los cambios posturales del paciente encamado encaminados a aliviar la presión corporal han de realizarse cada 2 o 3 horas y alternando la colocación lateral (izquierda-derecha), la posición boca arriba (o supino) y la postura semisentada o Fowler.

• Cuando coloquemos al enfermo decúbito supino o boca arriba, se deberá situar una almohada o cojín debajo de la cabeza para evitar tensión cervical. Asimismo, es recomendable poner una almohada fina y delgada debajo de las rodillas, para evitar que las articulaciones se encajen. De la misma manera, para que los pies no queden demasiado extendidos, se puede situar un cojín al final de los mismos.

- Ponemos a la persona semisentada de forma que su espalda se encuentre en un ángulo de entre 45°- 60° respecto al eje horizontal del suelo. Esta postura, que se denomina Fowler utiliza una almohada bajo las rodillas para que las piernas queden ligeramente flexionadas y las articulaciones no sufran. Las ventajas de una cama articulada aquí son claras, pues podemos elevar el cabecero de la cama y las extremidades inferiores.

CÓMO REALIZAR LOS CAMBIOS POSTURALES

- Otro cambio se denomina **decúbito lateral**, en la que se alternan los costados izquierdo y derecho. Una vez más, es conveniente colocar una almohada bajo la cabeza y otra tras la espalda para que el cuerpo quede apoyado en una ligera inclinación sin que haya tensiones innecesarias. Otra recomendación que es sumamente reconfortante en esta posición es flexionar ligeramente la pierna superior y colocar un cojín o almohada delgada entre las piernas para que la presión de esta pierna no interfiera en la circulación sanguínea de la inferior. Por último, los pies situados en ángulo recto previenen la flexión plantar.

ZONAS FRECUENTES UPP

Las zonas más frecuentes de aparición de UPP son: sacro, glúteos, talones y trocánteres.

EVITAR UPP

Para evitar las UPP es muy importante:

- Lavar la piel con agua tibia, aclarar y realizar un secado meticuloso sin fricción.
- Utilizar jabones o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo.
- Mantener la piel del paciente en todo momento limpia y seca.
- Vigilar incontinencias, sudoración excesiva o exudados que provoquen humedad.

Muchas Gracias

ANEXO 7: FOLLETO CAMBIOS POSTURALES

CAMBIOS POSTURALES

Posición supina
Buena alineación del cuerpo
Una almohada sostiene la cabeza para alinearla con la columna vertebral.
Se coloca una almohada debajo de las piernas para relajar los músculos.
Los brazos relajados descansan a lo largo del cuerpo
Aliviar zonas de presión: talones y codos



Posición lateral
Cabeza bien apoyada en la almohada con la columna cervical superior en flexión y evitando la flexión de la columna dorsal que dificulta la respiración.
Usar pequeñas almohadas para evitar desalineaciones corporales.
Aliviar zonas de presión: talones y codos



MOVILIZACIÓN

Aprovechar su capacidad de movimiento, facilitando y fomentando su actividad física.

En personas sin movilidad, debemos realizar **movilizaciones pasivas de las articulaciones**, aprovechando los cambios posturales, sin llegar a producir dolor.

Estos movimientos se realizarán 3-4 veces al día.

EJEMPLO DE ROTACIÓN DE CAMBIOS POSTURALES



CUIDAR ES AYUDAR, NO SUPLIR:

El objetivo de una persona que está cuidando es **ayudar al otro, pero no haciendo todo por él o ella**, sino tratando de **estimular, de guiar, de acompañar y de orientar**, con la intención de que sea él o ella misma, la que encuentre sus propios recursos, sus armas y habilidades para desenvolverse en su día a día.

Talleres de cuidadores
Formamos para dar una mejor calidad a nuestros cuidados.



A.G.S. Éste de Málaga-Axarquía. Comisión de Continuidad de Cuidados de Enfermería.
Teléfonos de contacto:
EGC Hospital:
EGC Centro de Salud:

ANEXO 8: Power point sesión 3.

(Fuente de elaboración propia a partir de la referencia 43)

ALIMENTEMOS CORRECTAMENTE



DEPARTAMENT DE SALUT VALÈNCIA
ARNAU DE VILANOVA-LLIRIU

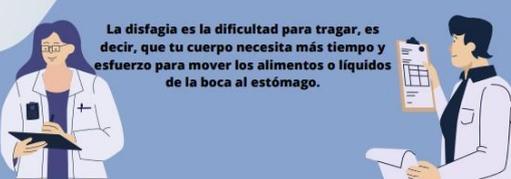
ÍNDICE

1 Concepto de disfagia	2 Tipos de disfagia	3 Signos de la disfagia
4 Síntomas de la disfagia	5 Complicaciones de la disfagia	6 Recomendaciones nutricionales



INTRODUCCIÓN

La disfagia es la dificultad para tragar, es decir, que tu cuerpo necesita más tiempo y esfuerzo para mover los alimentos o líquidos de la boca al estómago.



TIPOS DE DISFAGIA:

Disfagia orofaríngea.

Es la que se origina en la zona de la faringe, dificultando el paso de alimentos sólidos y líquidos desde el primer momento del proceso deglutorio. Los casos graves podrían sufrir de constante aspiración con lo que los alimentos pasarían hacia la tráquea, atragantando al paciente.

Disfagia esofágica.

En este caso, el proceso deglutorio logra llevar los alimentos sólidos y líquidos más allá de la faringe, pero las dificultades aparecen mientras estos bajan por el esófago. En casos graves, puede haber vómito constante que imposibilite completamente la nutrición.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA DISFAGIA

- Dolor al tragar.
- Imposibilidad de tragar.
- Sensación de que la comida se estaca en la garganta o pecho, o detrás del esternón.
- Babeo.
- Ronquera.
- Regurgitación.
- Acidez estomacal.
- Pérdida de peso.
- Tos o arcadas al tragar.



RECOMENDACIONES NUTRICIONALES

- Evitar el cansancio de la persona a la hora de comer, realizando pequeñas ingestas, varias veces al día. Se recomienda no estar más de 30 minutos comiendo. También es recomendable preparar platos únicos y nutritivos.
- Garantizar la ingesta de 2 litros de agua al día (incluyendo los lácteos y otros líquidos espesados).
- Modificar la textura de los alimentos sólidos y líquidos para adaptarlos al que le vaya mejor a la persona para deglutir. Por ejemplo, se pueden espesar los líquidos si es necesario, o triturar los alimentos sólidos.
- Administrar solamente los alimentos que sabemos que se pueden masticar y tragar con seguridad.
- Preparar los alimentos para que sean homogéneos, melosos y fáciles de masticar. Evitar grumos y espaldas.

COMPLICACIONES DE LA DISFAGIA

Malnutrición, pérdida de peso y deshidratación:
La disfagia puede dificultar la ingesta suficiente de alimentos y líquidos.

Neumonía por aspiración:
Los alimentos o los líquidos que ingresan en las vías respiratorias durante los intentos de deglución pueden causar neumonía por aspiración debido a que los alimentos introducen bacterias en los pulmones.

Atragantamiento:
Un alimento atorado en la garganta puede causar atragantamiento. Si el alimento bloquea completamente las vías respiratorias y nadie interviene con una maniobra de Heimlich exitosa, puede producirse la muerte.



RECOMENDACIONES NUTRICIONALES

- Evitar las dobles texturas con mezcla de líquido y sólidos en un mismo plato: por ejemplo, mezclar sopas con legumbres sin pasar por la batidora, bollos o magdalenas mojadas en la leche...
- Evitar los alimentos que, al masticarlos, desprenden líquido -como por ejemplo: sandía, melón, naranjas...- también aquellos que se puedan convertir en líquido (como determinados tipos de helados).
- Evitar alimentos pegajosos que puedan quedar pegados al paladar porque provocan cansancio.
- Evitar alimentos fibrosos o con filamentos como: piña, naranja, algunas verduras y carnes fibrosas, etc
- Si la persona tiene dificultades para tragar líquidos es mejor darle líquidos con una consistencia semisólida como la de las cremas de verduras, puré de fruta, yogures, natillas, cuajadas o queso fresco. También es importante evitar los líquidos de consistencia fina como el agua, el caldo, las infusiones, etc

ANEXO 9: Ejercicio de análisis (Fuente de elaboración propia a partir de la referencia 43)

DISTINTOS SENTIMIENTOS .

- **SATISFACCIÓN.**
- **TRISTEZA.**
- **PREOCUPACIÓN.**
- **ALEGRÍA.**
- **SENTIRSE ÚTIL.**
- **CANSANCIO.**
- **SOLEDAD.**
- **DEPRESIÓN.**
- **IRRITABILIDAD.**
- **CULPA.**
- **VERGÜENZA.**

CUESTIONES:

1. Marca las reacciones emocionales que has tenido y añade otras que no aparezcan en el texto.

2. Reflexiona sobre la diversidad de sentimientos que provoca la situación de cuidar. Es importante reconocer los propios sentimientos.

ANEXO 10: MANUAL: “APROVECHA EL TIEMPO!”(Fuente de elaboración propia a partir de la referencia 45-47)

 DEPARTAMENT DE SALUT VALÈNCIA
ARNAO DE VILANOVA-LÍRIA

MANUAL: APROVECHA EL TIEMPO.

¿Cuándo fue la última vez que hiciste algo realmente por ti y no para satisfacer a otra persona o cumplir un objetivo laboral? Si no encuentras una respuesta rápidamente, es que ha sido hace demasiado tiempo.

Vivimos en un mundo en el que siempre tenemos muchas cosas que hacer. Esto se acentúa especialmente en el mundo del emprendimiento, donde trabajar a contrarreloj es la norma. En otros campos laborales o, incluso, personales, la mayoría de las personas tiende a priorizar satisfacer a los demás. Esto es normal, nos han educado para ser buenas personas y atender a los otros. Sin embargo, es raro que nos enseñen que hay que dedicarse tiempo a uno mismo.

Vivimos en una constante angustia y estrés por complacer a los demás y por cumplir las obligaciones que nos autoimponemos. [45]

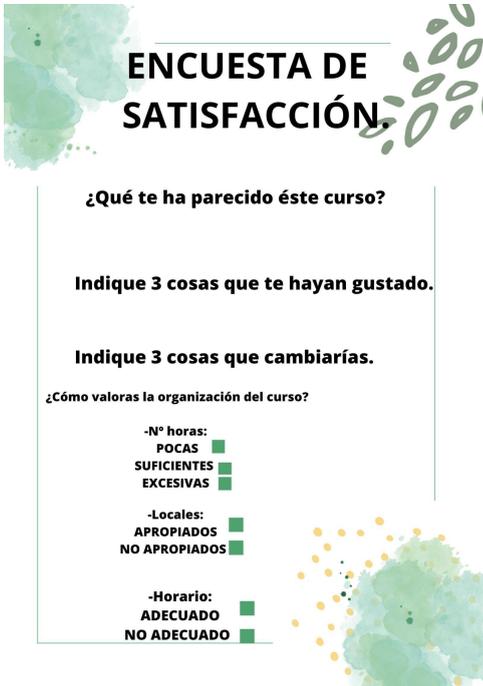
Asimismo, tenemos la creencia de que dedicarse tiempo a uno mismo es de ser egoístas y, cuando lo hacemos, podemos llegar incluso a sentirnos culpables. Este sentimiento aparece por la idea de que no estamos haciendo nada productivo, que es lo que creemos que debemos estar haciendo todo el tiempo [45]. El hecho de que nos dediquemos tiempo a nosotros mismos no está bien visto ante los ojos de la sociedad, no se valora el autocuidado psicológico y menos cuando se analiza en términos de productividad [46].

Recuerda que no eres una máquina y no vives tu vida por los demás, dedicarse tiempo NO es perder el tiempo y NO es falta de productividad [46]. Así funcionarás mejor y podrás dirigirte hacia el éxito. ¡Ahora tú! El bienestar de tu mente debe formar parte de tu rutina [47].

Pensad y analizad algunas actividades para cuidarse más.



ANEXO 11 : Encuesta de satisfacción (Fuente de elaboración propia a partir de la referencia 43)



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

¿Qué te ha parecido éste curso?

Indique 3 cosas que te hayan gustado.

Indique 3 cosas que cambiarías.

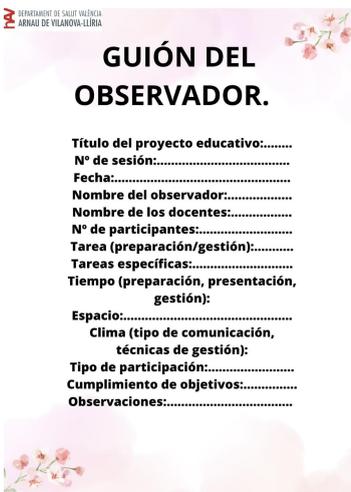
¿Cómo valoras la organización del curso?

-Nº horas:
POCAS
SUFICIENTES
EXCESIVAS

-Locales:
APROPIADOS
NO APROPIADOS

-Horario:
ADECUADO
NO ADECUADO

ANEXO 12: GUIÓN DEL OBSERVADOR (Fuente de elaboración propia a partir de la referencia 44).



 DEPARTAMENT DE SALUT VALÈNCIA
AGÈNCIA DE VALORACIÓ I AVALUACIÓ

GUIÓN DEL OBSERVADOR.

Título del proyecto educativo:.....
Nº de sesión:.....
Fecha:.....
Nombre del observador:.....
Nombre de los docentes:.....
Nº de participantes:.....
Tarea (preparación/gestión):.....
Tareas específicas:.....
Tiempo (preparación, presentación, gestión):.....
Espacio:.....
Clima (tipo de comunicación, técnicas de gestión):.....
Tipo de participación:.....
Cumplimiento de objetivos:.....
Observaciones:.....

ANEXO 13: EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS AL FINAL DE LAS SESIONES (Fuente de elaboración propia)

 DEPARTAMENT DE SALUT VALÈNCIA
ARNAU DE VILANOVA-L·LIRIA

ENTREVISTA CUIDADORES INFORMALES:

- ¿Cómo pensáis organizar vuestro tiempo después de llevar a cabo todas las sesiones?
• En un futuro familia o residencia...
- En el caso de que el familiar enfermo esté encamado, ¿Has pensado en llevar a cabo movilizaciones en el paciente encamado? en caso negativo; ¿os han quedado claras las movilizaciones en pacientes encamados por si algún día las tenéis que hacer?. Explica 2.
- ¿Os acordáis del concepto de disfagia? En caso afirmativo, ¿Qué tipo de alimentos deberíais darle a vuestro familiar en éste caso?
- ¿Por qué es importante mantener al familiar bien hidratado?
- ¿Sabríais aportar brevemente una serie de medidas de autocuidado para mantener vuestra propia salud y vuestro bienestar en cualquier situación de crisis y vulnerabilidad?
Escribid algunas.
- Nombra 3 cambios que deberías realizar en tu plan de cuidados.



