

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS**  
**FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**  
**CARRERA CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**



**PROYECTO DE GRADO**

**PROGRAMA DE APOYO SOCIOEDUCATIVO PARA CUIDADORES  
DE ADULTOS MAYORES DEL MACRO DISTRITO MAX PAREDES  
DE LA CIUDAD DE LA PAZ**

**Para optar la licenciatura en Ciencias de la Educación**

**POSTULANTE: YINELDA JHOVANNA TADEO HUAYLLA**

**TUTOR: Mg. Sc. MARIO ZARATE FABIAN**

**LA PAZ – BOLIVIA**

**2018**

## **DEDICATORIA**

*Dedico a mis padres, Humberto Tadeo y Carmen Rosa Huaylla y a mis hermanos, quienes fueron el impulso, pues su amor y consejos formaron parte de este logro tan anhelado.*

*Dedico a mi hijo Andrés Pary Tadeo que fue mi apoyo día a día, que con sus palabras me impulsaron a no rendirme nunca.*

## *AGRADECIMIENTOS*

*Agradezco en primer lugar a Dios por haberme dado la fortaleza para cumplir este sueño.*

*Agradezco también a mis padres que pusieron su confianza en mí y fueron pilares fundamentales para lograr esta meta*

*A la Lic. Aris Fernández, Terapeuta ocupacional en “ERA” España Asturias, por apoyarme y guiarme en la realización de este trabajo.*

*A mi Tutor M. Sc. Mario Zarate Fabián, por su apoyo incondicional para la culminación de este proyecto.*

*A la Lic. María Elena Paniagua por su tiempo, paciencia y conocimientos impartidos.*

*Al Lic. Erick Moscoso, por su tiempo y conocimientos entregados.*

*A todas las personas que me apoyaron para la culminación de este trabajo.*

# **PROGRAMA DE APOYO SOCIOEDUCATIVO PARA CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES DEL MACRO DISTRITO MAX PAREDES DE LA CIUDAD DE LA PAZ**

## **RESUMEN**

Esta propuesta sobre el apoyo socioeducativo para cuidadores de Adultos Mayores del macro distrito Max Paredes; es una innovación que mejora la calidad de vida de los cuidadores y Adultos mayores, realizando actividades de intervención destinados a cuidadores tanto familiares como cuidadores independientes (formal e informal). Estas actividades dentro de un marco comunitario, reúnen a jóvenes, niños, adultos medios, adultos mayores y familiares que realizan el cuidado de una persona de la tercera edad. Pretende también desarrollar acciones que promoverá la movilización de grupos; enfermeras, gerontólogos, psicólogos, pedagogos, etc. Estas actividades facilitarán una ocupación significativa del tiempo libre, integrando estrategias de habilidades sociales de comunicación interpersonal y de cuidados, además de participación y aprendizaje. Asimismo proporciona un apoyo socioeducativo para los cuidadores de adultos mayores, para hacer frente a las muchas problemáticas que presentan sobre la técnica o actividad de cuidado o atención que se debe realizar a un adulto mayor dependiente, así también como las posibles soluciones, estrategias y recursos para hacer frente a estos problemas. La Importancia de este programa socioeducativo para cuidadores, se ha centrado en procesos de ayuda a personas individualmente tratadas o a colectivos más o menos desfavorecidos, con la intención de mejorar su situación personal o laboral. Por ultimo pretende transformar un ámbito de la realidad social; atendiendo las carencias detectadas, proponiendo las soluciones específicas adecuadas ante problemas educativos de la sociedad previamente diagnosticados con la intervención directa de agentes debidamente preparados. Además atienden a aquellos grupos de la comunidad social (familias) del macro distrito Max paredes que carecen de recursos económicos que no cuentan con un profesional para el cuidado de las personas mayores.

**PROGRAMA DE APOYO SOCIOEDUCATIVO PARA  
CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES DEL MACRO DISTRITO MAX  
PAREDES DE LA CIUDAD DE LA PAZ**

**INDICE**

INTRODUCCIÓN.....1

**CAPITULO I**

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

CAPITULO I.....5  
1.1. ANTECEDENTE.....5  
1.2. DIAGNOSTICO.....7  
    1.2.1. OBJETIVOS.....8  
    1.2.2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO.....8  
    1.2.3. RESULTADOS DEL DIAGNOSTICO.....10  
    1.2.4. AREA PROBLEMÁTICA.....16  
1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....19  
1.4. DELIMITACION.....21  
1.5.JUSTIFICACION.....21

**CAPITULO II**

**SUSTENTO TEORICO DEL PROYECTO**

CAPITULO II.....25  
MARCO TEORICO.....25  
2.1. DEFINICION DE CUIDAR.....25  
2.2. CUIDADOR FAMILIAR.....26  
2.3. CARGA DEL CUIDADOR.....28  
2.4. ETAPAS DEL CUIDADO.....31  
    2.4.1. PREPARACIÓN-ADQUISICIÓN.....31  
    2.4.2. PROMULGACIÓN-ACTUACIÓN.....31  
2.5. EL ROL Y FUNCION DEL CUIDADOR .....33

2.5.1. CUIDADORES FORMALES.....	33
2.5.2. CUIDADORES INFORMALES.....	34
2.6. AGOTAMIENTO DEL CUIDADOR FAMILIAR.....	36
2.7. EL CUIDADOR INFORMAL Y LOS CAMBIOS SOCIO FAMILIARES....	38
2.8. ESTRÉS DEL CUIDADOR.....	39
2.8.1. MODELOS DE PREDISPOSICIÓN E INCITACIÓN.....	41
2.8.2. MODELO DIÁDICO CUIDADOR Y ADULTO MAYOR.....	42
2.8.3. MODELO SOCIOCULTURAL.....	44
2.8.4. MODELO DE LOS DOS FACTORES.....	45
2.9. CALIDAD DE VIDA DE LOS CUIDADORES DE PERSONAS MAYORES.....	47
2.10. LA FAMILIA EN EL CUIDADO DE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR	48
2.11. IMPORTANCIA DEL PAPEL DE LA FAMILIA EN LA ATENCIÓN A LOS ADULTOS MAYORES.....	49
2.12. CUIDADOR FAMILIAR PARA EL ADULTO MAYOR.....	50
2.13. LOS EFECTOS DE CUIDAR.....	51
2.14. EL ENVEJECIMIENTO.....	52
2.15. EL ADULTO MAYOR.....	53
2.16. ASPECTOS GENERALES DEL ADULTO MAYO.....	53
2.1.6.1. CAMBIOS EN EL ADULTO MAYOR.....	54
2.1.6.1.1. CAMBIOS BIOLÓGICOS.....	54
2.1.6.1.2. CAMBIOS EN LA SALUD.....	54
2.1.6.1.3. CAMBIOS SOCIALES.....	55
2.1.6.1.4. CAMBIOS PSICOLÓGICOS.....	57
2.1.6.1.5. CAMBIOS EN LA COMPOSICIÓN CORPORAL.....	57
2.1.6.1.6. CAMBIOS MUSCULO-ESQUELÉTICOS.....	58
2.1.6.1.7. CAMBIOS EN EL SISTEMA DIGESTIVO.....	59
2.1.6.1.8. CAMBIOS EN EL SISTEMA RESPIRATORIO.....	59
2.1.6.1.9. CAMBIOS EN EL SISTEMA CARDIOVASCULAR.....	60
2.1.6.1.10. CAMBIOS EN EL SISTEMA NERVIOSO.....	60
2.1.6.1.11. CAMBIOS EN LA AUDICIÓN Y OÍDO.....	61
2.1.6.1.12. CAMBIOS EN LA VISIÓN Y OJO.....	61
2.1.6.1.13. CAMBIOS EN LA MEMORIA.....	61
2.17. CLASIFICACIÓN DEL ADULTO MAYOR.....	62
2.1.7.1.PERSONA ADULTA MAYOR INDEPENDIENTE O AUTOVALENTE.....	62
2.1.7.1. PERSONA ADULTA MAYOR FRÁGIL.....	62

2.1.7.1. PERSONA ADULTA MAYOR DEPENDIENTE O POSTRADA (NO AUTOVALENTE).....	63
2.18. LA FAMILIA EN EL CUIDADO DE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR	63
2.1.8.1. DEFINICIÓN DE FAMILIA.....	63
2.19. TEORÍAS DE APOYO SOBRE EL CUIDADO A PERSONAS MAYORES.	64
2.1.9.1. TEORÍA DE LA PECEPCION.....	64
2.1.9.2. TEORÍA DE LA MODERNIZACIÓN.....	65
2.1.9.3. TEORÍA DE LA MOTIVACIÓN HUMANA.....	66
2.1.9.4. TEORÍA DEL APOYO.....	66
2.1.9.5. TEORÍA DE LA ATRIBUCIÓN.....	67
2.20. CALIDAD DE VIDA.....	68
2.21. PERSPECTIVAS PARA LA INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA.....	68

### **CAPITULO III**

#### **FORMULACION DEL PROYECTO**

CAPITULO III.....	75
3.1. DESCRIPCION DEL PROYECTO.....	75
3.1.1. OBJETIVO GENERAL.....	76
3.1.2. OBJETIVO ESPECIFICO.....	76
3.2. BENEFICIARIOS.....	76
3.3. ALCANCES DEL PROYECTO.....	77
3.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INTERVENCION.....	78
3.5. RECURSOS HUMANOS.....	79
3.6. RECURSOS MATERIALES.....	80
3.7. RECURSOS FINANCIEROS.....	81
3.8. PLAN DE TRABAJO.....	82
3.9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO.....	83
3.10. PLAN DE ACCION DEL PROYECTO.....	85

### **CAPITULO IV**

#### **RESULTADOS DEL PROYECTO DE INTERVENCION**

4.1. RESULTADOS.....	113
----------------------	-----

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	116
5.2. RECOMENDACIONES.....	119
5.3. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	121

### **INDICE DE GRAFICOS**

GRAFICOS N° 1.....	10
GRAFICOS N° 2.....	11
GRAFICOS N° 3.....	11
GRAFICOS N° 4.....	12
GRAFICOS N° 5.....	12
GRAFICOS N° 6.....	13
GRAFICOS N° 7.....	13
GRAFICOS N° 8.....	14
GRAFICOS N° 9.....	14
GRAFICOS N° 10.....	42
GRAFICOS N° 11.....	43
GRAFICOS N° 12.....	45
GRAFICOS N° 13.....	46
GRAFICOS N° 14.....	79
GRAFICOS N° 15.....	80
GRAFICOS N° 16.....	80
GRAFICOS N° 17.....	81
GRAFICOS N° 18.....	82
GRAFICOS N° 19.....	83
GRAFICOS N° 20.....	133
GRAFICOS N° 21.....	133
GRAFICOS N° 22.....	134
GRAFICOS N° 23.....	134
GRAFICOS N° 24.....	135



# **PROGRAMA DE APOYO SOCIOEDUCATIVO PARA CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES DEL MACRO DISTRITO MAX PAREDES DE LA CIUDAD DE LA PAZ**

## **INTRODUCCIÓN**

El presente proyecto de grado desarrolla el tema de apoyo socioeducativo a cuidadores de adultos mayores del macro distrito Max paredes, con un enfoque pedagógico; esta propuesta responde a las necesidades que existe respecto a las técnicas de cuidados que realiza los familiares, o cuidadores informales.

La educación es o debe ser social. La educación supone una progresiva y continua configuración de la vida de la persona para ser y convivir con los demás, y se desarrolla a lo largo de la vida. La educación no se da solo en la escuela, sino en el continuo de la vida; es en donde se inserta la educación social y esta podría entenderse como la dinamización o activación de las condiciones educativas de la cultura, de la vida social y sus individuos, además de la prevención, compensación y reconducción socioeducativa de la dificultad, de la exclusión o de conflicto social.

La educación es un factor fundamental dentro del desarrollo humano en cualquiera de sus aspectos, enfatizando el aspecto individual como ente y como parte del grupo social al cual pertenece; debido a que este factor ocasiona que el individuo se de anotar y/o sobresalga tanto en forma intrínseca, es decir en su interior o bien de manera extrínseca, de manera colectiva y en contacto con su entorno social. La intervención socioeducativa nos ayuda a plantear y llevar a cabo el programa de impacto social por medio de actividades educativas.

La intervención socioeducativa abarca también aspectos referentes a la inadaptación social, incidiendo en los sectores sociales en desequilibrio, buscando solucionar problemas de convivencia, y adquiriendo la función de desarrollar y

promover la calidad de vida los ciudadanos, y de aplicar estrategias de prevención de causas de los desequilibrios sociales.

Por ello a medida que envejece la persona adulto mayor, tiende ser vulnerable y susceptible de llegar a un nivel de dependencia. Algunas personas mayores por falta o pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen la necesidad de asistencia o requerir ayuda importante para realizar actividades de la vida diaria (comer, caminar, asearse, vestirse, bañarse, ir al baño) y/o instrumentales (usar el teléfono, comprar, preparar la comida, tareas domésticas, utilizar transporte, tomar sus medicamentos, administrar dinero, salir a la calle).

La fragilidad, los problemas de movilidad física y enfermedades como ser; deterioro de algunos sistemas (respiratorio, cardiovascular, hipertensión arterial, diabetes, accidente vascular cerebral, enfermedad respiratoria, Parkinson, demencia, artrosis, osteoporosis y fracturas provocadas por caídas u otros accidentes etc.); provoca una disminución de la fuerza física, y del equilibrio contribuyendo a la dependencia. Esta suele ir asociada al deterioro o empeoramiento de la capacidad de la persona para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Como consecuencia de estas dificultades físicas, psicológicas, fisiológicas y emocionales; se reduce la calidad de vida del adulto mayor, por ello la necesidad de requerir una persona profesional para la atención de sus cuidados es muy importante, tanto para ellos como para la familia.

Cuidar a las personas mayores, cuando no pueden satisfacer sus necesidades por sí solas, como levantarse, vestirse, deambular, etc., exige una gran capacidad humana para respetar la dignidad de ese “otro” a quien se está cuidando y una gran capacidad para mantener la autonomía de esa persona mayor. Pero esta labor profundamente humana de cuidar, representa al mismo tiempo una gran oportunidad en la vida de quienes la ejercen. Una gran oportunidad para expresar el cariño por los padres, una oportunidad quizás para sanar heridas o para restablecer lazos perdidos.

A partir de ello se propone cuatro capítulos; En el primer capítulo, se manifiesta la problemática, explicando el problema por el cual están atravesando muchos cuidadores de Adultos mayores; en este apartado se especifica, como se fue conociendo el estilo de vida de estas personas y así pretender modificar dichas condiciones, con la finalidad de contribuir a mejorar su calidad de vida. También se manifiesta el objetivo general, que nos ayudara a guiarnos el proyecto y la justificación; que es la importancia del proyecto, la importancia de la presencia de los cuidadores, de poder trabajar con personas adultos mayores.

En el segundo capítulo se describe el marco teórico. Se da a conocer las bases teóricas de sustento para el proyecto, conceptos, características y autores que nos proporcionarán mayor referencia para la presentación del programa; además se describe las diversas especialidades que se encargan del estudio de esta etapa del ser humano, y los diversos factores psicológicos que intervienen en el proceso de cuidar.

En el tercer capítulo se presenta la formulación metodológica del Proyecto, en este apartado se describe la propuesta que se quiere presentar, la población con la que se pretende trabajar, las técnicas que se utilizara para la aplicación del programa, los instrumentos que se utilizara para la factibilidad del programa la evaluación y el plan de aplicación del proyecto.

En el cuarto capítulo se puntualiza todos los detalles de los resultados del programa implementado, indicando la interpretación y análisis de los resultados.

Y por último el quinto capítulo, que presenta la conclusión y recomendación pertinente al programa socioeducativo.

# CAPITULO I

# PLANTEAMIENTO

# DEL

# PROBLEMA

## **CAPITULO I**

### **1.1. ANTECEDENTES**

En los últimos 50 años se han producido importantes cambios en el patrón epidemiológico. El aumento de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad han originado un envejecimiento de la población y una mayor prevalencia de enfermedades crónicas. Aunque el envejecimiento es un fenómeno universal, se está produciendo a una velocidad mayor que en otros países. (Isla, 2000, p.187)

La mayor parte de los cuidados que necesitan las personas con enfermedades crónicas o invalidez, se dispensan en el núcleo familiar y aunque desde la década de los 80 se observa una mayor preocupación por los cuidadores informales no existe un sistema de apoyo institucional y eficaz. También se hace hincapié a las repercusiones físicas, psicológicas y sociales que tiene el hecho de cuidar para el cuidador principal y sobre el proceso de atención a la familia que deberían desarrollar los profesionales. (Isla, 2000, p.187)

Tradicionalmente, la familia ha desempeñado un importante rol en el restablecimiento de la salud y en el bienestar de sus parientes; así como en la prevención de complicaciones y problemas en quienes presentan alguna dependencia (Escudero, Díaz y Pacual, 2001, p. 24). La familia es el entorno en el que los seres humanos aprenden e interiorizan las bases del auto cuidado y del cuidado a personas dependientes. De alguna manera la salud de las familias determina la salud de la comunidad.

Si bien la familia siempre ha sido cuidadora de sus parientes familiares, es a partir de los 80 cuando aparece la preocupación por “los cuidadores”. Ello hace que se comience a cuestionar “el bienestar”; 2) los cambios demográficos. 3) el reconocimiento de la magnitud e importancia del cuidado informal y una mayor comprensión del grado en que todavía son operativos los antiguos modelos de la

relación familiar, aunque paralelamente también nace la preocupación por la creciente incorporación de la mujer en el mercado laboral y el aumento de los divorcios (Isla, 2000, p.188). Aunque son miembros de la familia los que ejercen la función de cuidar, suele ser una sola persona la que asume la mayor parte de la responsabilidad y por lo tanto soporta la mayor sobrecarga física y emocional del cuidado del paciente. A esta persona, que generalmente es una mujer, se la denomina "cuidador principal".

A finales de los años 70 las ciencias sociales comienzan a interesarse sistemáticamente por la atención informal a la dependencia, lo que condujo al "redescubrimiento" de los cuidadores, aunque éstos hayan existido siempre (Bazo, 1998). El creciente interés por el fenómeno del cuidado a los adultos mayores ha sido atribuido a su posición como nexo de dos tendencias socio demográficas; el envejecimiento de la población y, de manera especial, el aumento de la presencia de las mujeres en la fuerza de trabajo (Joseph A. y Hallman B., 1998, p 631).

En este entendido el cuidado que necesitan los adultos mayores, es un cuidado integral con una formación pedagógica sobre las técnicas que se debe llevar a cabo en el proceso del cuidado. Es muy necesario profundizar el papel que juegan los diferentes actores en la atención de las personas mayores. Sólo así será posible avanzar en la adopción de medidas sociales y educacionales que contribuyan a una mejor calidad de vida de las personas, de su entorno inmediato y la sociedad en general.

## **1.2. DIAGNOSTICO**

### **Necesidades sobre las técnicas de cuidado, que presentan los cuidadores informales y familiares del Macro distrito Max Paredes.**

El macro distrito Max paredes es una jurisdicción don habitan personas de un nivel medio y bajo de recursos económicos, en donde el comercio es una actividad relevante en la economía, debido a la significant absorción de la fuerza de trabajo, especialmente de mujeres, en la que muchas de ellas además de dedicarse a su comercio realizan el cuidado de su familiar (adulto mayor).

En éste contexto, la mayoría de las personas percibe que no tiene opciones laborales alternativas a la actividad comercial y proviene de familias que han optado por el comercio como medio de vida, por las cuales no acceden a profesionales que se dedican al cuidado de adultos mayores, por lo que la realizan ellos mismos.

Para tener una mayor comprensión, de la problemática sobre las técnicas de atención que deben presentar los cuidadores familiares en el distrito Max Paredes de la ciudad de La Paz; se realizo como primera instancia una entrevista; en su respuesta, indicaron que presentan muchos vacios sobre las formas de cuidado en el cuidado al adulto mayor dependiente ejemplo; realizar el aseo, pasar de una silla a otra, realizar el bajado de silla de ruedas desde una escalera entre otros, ya que estas personas no cuentan con una educación y/o estudio especializado sobre la gerontología y cuidados especiales que debe llevar un adulto mayor que sufre diferentes problemas físicos o fisiológicos.

Esta entrevista semi estructurada esta vista desde un punto de iniciación del proyecto, en la que nos hace conocer la problemática por la que pasan, y las necesidades que ellos presentan para su mejoramiento emocional, asimismo los resultados de las preguntas están detalladamente organizadas en cuadros con sus respectivas resultados.

## **1.2.1. OBJETIVOS**

### **1.2.1.1. OBJETIVO GENERAL**

- Indagar cuales son las necesidades socioeducativas sobre el cuidado y atención que presentan los cuidadores de adultos mayores del distrito Max Paredes de la Ciudad de La Paz.

### **1.2.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Elaborar una herramienta que permita conocer la necesidad de los cuidadores de Adultos Mayores.
- Emplear el instrumento a los cuidadores de adultos mayores del macro distrito Max paredes.
- Sistematizar los resultados obtenidos, acerca de las necesidades que indicaron sobre la falta de técnicas de cuidado para un adulto mayor.

## **1.2.2. METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO**

El diagnostico de necesidades se realizo a partir del método deductivo. El método deductivo “es una estrategia de razonamiento empleada para deducir conclusiones lógicas a partir de una serie de premisas”. En este sentido podemos identificar las necesidades que existen en relación al tema para poder realizar la propuesta pedagógica que responde a las necesidades identificadas en las personas que realizan el trabajo del cuidado a los adultos mayores.



## INSTRUMENTO

Para la implementación del diagnóstico de necesidades se utilizó como instrumento una entrevista semi estructurada, basada en 9 preguntas, de la cual nos da a conocer la problemática y necesidades que presentan los cuidadores (familiares, u otros), sobre las formas y técnicas de cuidado que se debe realizar en el proceso de cuidado o atención.

A continuación se describen las preguntas formuladas:

- 1.- ¿Tiene conocimiento sobre las formas y técnicas de cuidado especial que se le brinda al adulto mayor?
- 2.- ¿En su distrito o zona desarrollan actividades referidas al cuidado y atención a un adulto mayor?
- 3.- ¿Cuál de estas acciones ha presentado problema en el cuidado que se le realiza a un adulto mayor dependiente?
- 4.- ¿Ha dejado de realizar sus labores cotidianas por la intranquilidad de no saber cómo atender a un adulto mayor?
- 5.- ¿Conoce algunas actividades recreativas como apoyo en el proceso del cuidado que se realiza a un adulto mayor?
- 6.- ¿Cree que para llevar a cabo los cuidados que usted realiza necesitaría más información especializada de la que presenta?
- 7.- ¿Te gustaría aprender técnicas educativas de cuidado como apoyo para el cuidado de adultos mayores?
- 8.- ¿Te gustaría aprender alguna técnica recreativa que mejore su estado de ánimo del adulto mayor en el proceso del cuidado que Uds. le brinda?
- 9.- ¿Participarías en actividades socioeducativas para mejorar las formas de cuidado y atención que se le brinda al adulto mayor?

## **POBLACION**

La población que participo fueron; familiares, cuidadores independientes jóvenes y otros, que realizan el cuidado de una persona de la tercera edad en el macro distrito Max paredes de la ciudad de La Paz.

**Sujetos:** Los sujetos con los cuales se realizo el diagnostico fueron 20 personas de diferentes zonas del macro distrito Max paredes dedicadas al cuidado de un adulto mayor, los mismos que nos permitieran realizar el proceso del trabajo, que mejorara la calidad de vida del adulto mayor.

### **1.2.3. RESULTADOS DEL DIAGNOSTICO**

**Datos sobre la entrevista que se realizo a cuidadores informales que realizan la atención y cuidado a los adultos mayores dependientes del Macro distrito Max Paredes.**

En este apartado se describe la entrevista que se realizo a las personas familiares entre otros, que se dedican al cuidado de un adulto mayor:

**1.- ¿Tiene conocimiento sobre las formas y técnicas de cuidado especial que se le brinda al adulto mayor?**

**Grafico n°1**

<b>Si</b>	<b>30 %</b>
<b>No</b>	<b>70 %</b>
<b>Total</b>	<b>100 %</b>

El 30% que representa a 6 entrevistados, nos indica que tienen conocimiento sobre las técnicas y formas de cuidado; mientras que un 70% que representa a 14 personas mencionan que no presentan conocimiento sobre el cuidado especial que se le brinda a un adulto mayor dependiente.

**2.- ¿En su distrito o zona desarrollan actividades referidas al cuidado y atención a un adulto mayor?**

**Grafico n°2**

Si	<b>25 %</b>
No	<b>75 %</b>
Total	<b>100 %</b>

En este grafico nos menciona que un 25% que representa a 5 personas, indican que desarrollan actividades en su zona; mientras que un 75% que representa a 15 entrevistados, describen que no desarrollan ningún tipo de actividad referida al cuidado especial que se pueda apoyar a los adultos mayores.

**3.- ¿Cuál de estas acciones ha presentado problema en el cuidado que se le realiza a un adulto mayor dependiente?**

**Grafico n°3**

lev. de la cama	<b>10 %</b>
realización del aseo	<b>60 %</b>
traslado de la silla de rueda a la cama	<b>20 %</b>
Sub. y baj. en silla de ruedas	<b>10 %</b>
Total	<b>100 %</b>

En este grafico nos da a conocer que un 60 % que representan a 12 personas indican que presentan problemas en cuanto a la realización del aseo de un adulto mayor postrado en cama; por otro lado un 20% que corresponde a 4 personas señalan que presentan problemas por el traslado de la silla de rueda a la cama; y un 10 % que corresponde a 2 personas, mencionan que presentan inconvenientes en el levantado de la cama y el bajado y subida de la silla de ruedas por las graderías.

**4.- ¿Ha dejado de realizar sus labores cotidianas por la intranquilidad de no saber cómo atender a un adulto mayor?**

**Grafico n°4**

Si	<b>65 %</b>
No	<b>35 %</b>
Total	<b>100 %</b>

En la interpretación de este grafico nos indica que un 65% que representa a 13 personas, señalan que muchas veces dejaron en realizar sus actividades cotidianas por la intranquilidad no presentar conocimiento sobre el cuidado especial que se debe realizar a un adulto mayor; mientras que un 35% que representa a 7 personas, indican que no dejaron en realizar sus actividades cotidianas, porque tiene que trabajar.

**5.- ¿Conoce algunas actividades recreativas como apoyo en el proceso del cuidado que se realiza a un adulto mayor?**

**Grafico n°5**

Si	<b>40 %</b>
No	<b>60 %</b>
Total	<b>100 %</b>

En este grafico nos indica que un 40% que representa a 8 entrevistados, indican que conocen ciertas actividades referidas al adulto mayor; y un 60% que representa a 12 personas, mencionan que no presentan conocimiento sobre alguna técnica recreativa como apoyo en el proceso del cuidado de un adulto mayor.

**6.- ¿Cree que para llevar a cabo los cuidados que usted realiza necesitaría mas información especializada de la que presenta?**

**Grafico n°6**

Si	<b>75 %</b>
No	<b>15 %</b>
Total	<b>100 %</b>

El 75% que representa a 15 personas, mencionan que necesitan informarse más sobre el cuidado especial que debe tener un adulto mayor dependiente al momento del cuidado y las técnicas que se realiza; mientras que un 15% que representa a 5 de las personas, indican que no es necesario requerir mas información de la que cuentan, no porque ellos no quieran, los motivos son laborales.

**7.- ¿Te gustaría aprender técnicas educativas de cuidado como apoyo para el cuidado de adultos mayores?**

**Grafico n°7**

Si	<b>80 %</b>
No	<b>20 %</b>
Total	<b>100 %</b>

En este grafico nos indica que un 80% que representa a 16 personas, señalan que si les gustaría aprender técnicas educativas de cuidado; sin embargo un 20% que consiste en 4 entrevistados, mencionan que no tendrían el tiempo para aprender técnicas de cuidado para los adultos mayores, pero que participarían aunque en dos sesiones.

**8.- ¿Te gustaría aprender alguna técnica recreativa que mejore su estado de ánimo del adulto mayor en el proceso del cuidado que Uds. le brinda?**

**Grafico n°8**

Si	<b>70 %</b>
No	<b>30 %</b>
Total	<b>100 %</b>

Un 70% que consiste en 14 personas, mencionan que si les gustaría aprender alguna técnica recreativa que les ayudara a lidiar con el estado de ánimo de los adultos mayores; asimismo indican que les serviría de mucho para ellas mismas, por la angustia que ellas presentan; por otro lado un 30% que representa a 6 personas, indican que no les llama la atención aprender alguna técnica ya sea por motivos laborales o de tiempo; ya que muchas de ellas son familiares que tiene que dedicarse a sus hijos también.

**9.- ¿Participarías en actividades socioeducativas para mejorar las formas de cuidado y atención que se le brinda al adulto mayor?**

**Grafico n°9**

Si	<b>70 %</b>
No	<b>30 %</b>
Total	<b>100 %</b>

En este grafico nos indica que un 70 %, que representa a 14 entrevistados, mencionan que si les gustaría participar en actividades socioeducativas sobre el cuidado y atención que se le realiza un adulto mayor; mientras que un 30% que representa a 6 personas, indican que no podrían participar por motivos laborales y de tiempo, pero que si tu vieran participarían.

## **Análisis de los resultados**

Realizando un análisis de los resultados, se puede observar que la mayoría de las personas entrevistadas del distrito Max paredes, no tienen conocimiento sobre las técnicas de cuidado y la atención especial que necesitan los adultos mayores dependientes. Indican que en su distrito no realizan actividades complementarias sociales educativas con respecto a los cuidadores de adultos mayores, y poco se trabaja con los adultos mayores sobre actividades recreativas o de apoyo social quedando desolados y abandonados. También mencionan que por el hecho de no saber cómo cuidar a un adulto mayor, sufren accidentes como hacerles caer al piso o dejarles postrados por no tener la técnica adecuada de atención y cuidado. Además se pudo conocer que las/los entrevistados estarían dispuestos a aprender y participar en actividades y técnicas para el mejoramiento de la atención y cuidado que ellos brinda a los adultos mayores dependientes,

Consideremos que el cansancio y el deterioro físico de los entrevistados no son una sensación. Hay que tener en cuenta que la edad media de los cuidadores principales es de 42 años y cerca de los 40 % tienen más de 55 años. Por tanto es muy probable que en ellos también estén comenzando algunos de los cambios que conlleva el descuido mental y corporal, como disminución de la fuerza muscular, cambios en algunas estructuras que permiten el movimiento, etc.

Por todo ello la experiencia de cuidar, día a día, a una persona mayor dependiente puede acarrear asimismo consecuencias psicológicas negativas como la tristeza, desesperación, indefensión y la desesperanza, también aparecen la depresión. por ello cuidar a una persona dependiente es una tarea que debería ser trabajado desde un ámbito educativo, social y gubernamental.

#### **1.2.4. AREA PROBLEMÁTICA**

El aumento de la expectativa de vida, los cambios en la mortalidad general y la disminución de los nacimientos, ha generado un aumento importante del número de personas adultas mayores en el país. Los ancianos en su mayoría son autovalentes y autónomos, sin embargo un número importante de personas de edad avanzada sufren de enfermedades crónicas y demencia, lo que implica que se transformen en dependientes, lo que significará un aumento de las demandas de atención médica, domiciliaria y de enfermería (Sánchez, 2012, p.36).

Cuidar a las personas mayores exige una gran capacidad humana para respetar la dignidad de ese otro a quien se está cuidando y una gran capacidad para mantener la autonomía de esa persona mayor. El “cuidar” constituye una expresión profundamente humana: vernos reflejados en el otro y en nosotros mismos. El cuidador informal, debe mantener una posición positiva hacia los adultos mayores y en la adaptación de todos los cambios que experimentan, favoreciendo la integración y la satisfacción personal con lo que ha vivido.

El cuidador debería brindar al adulto mayor, actividades productivas, educativas, de movilidad, buena salud, entretenimiento y diversión, con ello ofrecerles una mejor calidad de vida, de tal manera que se requiere de personas que destaquen por sus actitudes, habilidades, valores en el campo de la ética, la sensibilidad, el respeto y el amor a las personas de la tercera edad.

El cuidador de adultos mayores, debería ser aquel individuo que asume las responsabilidades del cuidado de un ser en situación de abandono y/o problemas de salud, participando con ellos en la toma de decisiones, ellos dependen del tipo de persona a quienes se les brinde el cuidado. Estas personas, en su afán de cuidar de la mejor manera al enfermo, pasan por alto las consecuencias de tal dedicación a largo plazo.



El adulto mayor requiere de un cuidador capacitado que se comprometa a satisfacer sus necesidades básicas y afectivas que contribuyan a una mejor calidad de vida. El papel que juega un cuidador no es una tarea fácil, implica una serie de compromisos, dirigidos a contribuir al bienestar del adulto mayor, ya que este viene a formar un pilar fundamental dentro de su vida cotidiana.

En el caso del enfermo de Alzheimer, el deterioro neurológico progresivo exige del cuidador una demanda cada vez mayor de atenciones, en razón de la acentuación de las limitaciones para el autocuidado por parte del enfermo. Tal situación exige del cuidador un esfuerzo en tiempo y energía al dar el cuidado brindando la satisfacción de las necesidades físicas, sociales y afectivas del enfermo. Ello plantea muchas veces un olvido de las propias necesidades de bienestar, generándose situaciones de angustia y ansiedad. Al final, el cuidador familiar sufre alteraciones en la salud, que al principio pasan inadvertidas (Osorio, 2011, p. 26).

Lara (2008) describe en su artículo “Las necesidades de los cuidadores en la atención de enfermos crónicos y en fase terminal”, Agrega, que “el cuidador ya sea la familia u otras personas, tampoco reciben ayuda para prevenir el síndrome de desgaste emocional, que suele presentarse, en especial cuando la atención del paciente recae en una sola persona, (...). Tal situación exige del cuidador un esfuerzo en tiempo y energía al dar el cuidado brindando la satisfacción de las necesidades físicas, sociales y afectivas del enfermo” p.26).

Pinto. A (2007) en su artículo “La cronicidad y el cuidado familiar”. Un problema de todas las edades; describe que “quienes viven con enfermedad, tienen vivencias que llevar a modificar sus hábitos, su estilo de vida y sus relaciones más allá de lo que su propia voluntad pudiera cambiar, (...) Los mismos logran un impacto en varios aspectos de las personas, como los emocionales, psicológicos, económicos y familiares p.10). La autora considera, que la incidencia de personas con enfermedades, es alta y una de cada diez familias convive con un familiar en esta

situación, siendo su tendencia ascendente. Esto impacta cambios en las condiciones económicas y financieras de los países.

Sánchez (2001) describe, en su artículo “La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica” en la que indica que “ser cuidador representa vivir de modo diferente, modificar las funciones acostumbradas, tomar decisiones, asumir responsabilidades, realizar tareas y acciones de cuidado físico, social, psicológico y religioso, para atender las necesidades cambiantes del enfermo, (...) Esto genera sentimientos que, en oportunidades, permiten cercanía y estabilidad, pero en otras resultan agobiantes y causan diferentes respuestas en el cuidador, para enfrentarse o evadir la situación, frente a sí mismo y su contexto” p.36).

Igualmente, aprender a vivir con los adultos mayores, para el cuidador y la familia, requiere de conocimientos, teniendo en cuenta que los cuidadores se ven enfrentados a distintas situaciones desconocidas y nuevas que pueden causar desasosiego, angustia y temor, por la incertidumbre de no conocer la forma indicada de manejo. La tarea es tan grande que requiere apoyo para los cuidadores que sin ser los cuidadores principales, asuman las tareas por periodos cortos que apoyen y orienten a la familia (Pinto, 2010, p.72).

Barrera, y colaboradores, (2006), en su investigación “Habilidad de cuidadores de pacientes con enfermedades”, expresan “*cuidar a una persona en situación de enfermedad generan cambios profundos en las vidas de los implicados y se producen sentimientos de impotencia, estas varían dependiendo de la raza, edad, género y cultura, llevando a un elevado nivel de estrés*”. También señalan que los riesgos en salud que tienen los cuidadores familiares de pacientes con enfermedad crónica, afectan a los cuidadores y a las personas receptoras de su cuidado. (Barrera, 2006, p.22)

Por otro lado, la pérdida de roles de los adultos mayores ha implicado también, la pérdida de espacios de pertenencia y esto ha contribuido a generar algún

grado de indefensión de los Adultos Mayores que se expresa muchas veces en desamparo y abandono, puesto que no se aprecia su “aporte” social y familiar constituyéndose en una carga para la familia y la sociedad. La situación actual de la familia, sumada a las exigencias de la sociedad actual ha favorecido las condiciones para que los núcleos familiares no puedan o no quieran hacerse responsable de los ancianos.

Por el proceso de envejecimiento que pasan los adultos mayores, y los problemas que conlleva el cuidador de adultos mayores, no existen programas o investigaciones en nuestro país que se dedican al apoyo y cuidado de los cuidadores de pacientes. Consideremos que el adulto mayor es el grupo de población que padece mayor número de enfermedades, con evolución más lenta, que se cronifican con mayor facilidad y en muchos casos dejan secuelas.

### **1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En La paz, cinco de cada 10 adultos mayores viven en soledad y sufren rasgos de abandono y maltrato. En tanto que los asilos están llenos y sobreviven con donaciones, debido a que es imposible contactar a familiares que se hagan responsables de la manutención y el cuidado. Asimismo, a diario existen denuncias de que adultos mayores son abandonados por sus familiares en el Hospital de clínicas de la paz, ancianos no reciben visitas y se encuentran en pésimas condiciones de salud.

El abandono de los ancianos en centros de salud y otros lugares del Macro distrito Max Paredes de la Ciudad de La Paz, es algo que está sucediendo con más frecuencia, la falta de atención y cuidado, hace que los adultos mayores estén exponiéndose a un riesgo mucho mayor. Luego de haber tenido una vida activa, con una rutina de trabajo constante, atraviesan por una crisis de momento que deben jubilarse, debido a que poco a poco van perdiendo toda la actividad que tenían, aspecto que puede generar varios sentimientos en las personas de la tercera edad.

En la mayoría de los casos, los adultos mayores reducen al mínimo sus actividades por no contar con una persona cuidadora a su lado; muchos de estos adultos mayores entre ellas “mujeres” principalmente, ocupan el tiempo en el cuidado de los nietos, mientras que otros son invadidos por la soledad, lo que les lleva a sumergirse en la depresión. En ocasiones el adulto no sabe qué hacer después de haber tenido una vida activa, por lo que lo sobreviene el deterioro tanto físico como mental, por lo que es necesario que empiece a ocuparse de uno mismo y continuar una vida tranquila, enriqueciendo sus conocimientos desarrollando destrezas y alimentando su espíritu.

Por ello el cuidador se convierte en un pilar básico de la persona dependiente, con lo cual la vida de él y la de su entorno se verá afectada.

La situación de no saber las formas y técnicas de cuidado y como sobrellevar las emociones por la dependencia del adulto mayor, puede presentar dificultades para uno, como puede ser fácil para otro. No todos los cuidadores experimentan las distintas formas de tensión asociadas con el cuidado de la misma manera ni el mismo grado. La vida de los cuidadores giran en torno a las necesidades del dependiente, muchos suelen dejar sus propias vidas en un segundo plano. Esta situación, perfectamente comprensible, significa frecuentemente que las tensiones y el malestar de no saber cómo cuidar o atender, proviene del hecho que se olvidan de sus propias necesidades.

Por último, la falta de demostración de afecto al entorno del cuidador, se produce una falta de comunicación y sólo se centra en el dependiente como responsabilidad y prioridad. En la familia se tiende a evitar conversaciones relacionadas con los problemas que ha generado la dependencia, los límites del dependiente, se evita añadir más preocupación al entorno familiar y cada miembro puede vivir el problema en soledad.

#### **1.4. DELIMITACION**

##### **Espacial**

Macro Distrito Max Paredes de la Ciudad de La Paz.

##### **Temporal**

Gestión 2017

##### **Temática**

PROGRAMA DE APOYO SOCIOEDUCATIVO PARA CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES DEL MACRODISTRITO MAX PAREDES DE LA CIUDAD DE LA PAZ

#### **1.5. JUSTIFICACIÓN**

La intervención socioeducativa, derivada de la realidad social actual, es una construcción a una respuesta de las necesidades existentes y detectadas en diferentes ámbitos de la sociedad. Esta intervención es concebidas en educación social, no solamente como recursos socioeducativos para dotar a cada persona de los medios y estrategias necesarios que le permitan un desarrollo individual equilibrado y como miembro perteneciente a una colectividad, sino también como mecanismos de ayuda y colaboración con personas o grupos necesitados de ayudas y recursos específicos.

La Importancia de este programa socioeducativo para cuidadores, se ha centrado en procesos de ayuda a personas individualmente tratadas o a colectivos más o menos desfavorecidos, con la intención de mejorar su situación personal o laboral. Estas acciones se han realizado, unas veces de forma sistemática y estructurada, y otras por medio de intervenciones de carácter más difuso, aunque siempre con el objetivo de mejorar situaciones personales o colectivas.

La intervención socioeducativa ha sido concebida tradicionalmente en educación social como una acción didáctica, en la medida en que pretende dotar a cada persona de los recursos y estrategias necesarios que le permitan un desarrollo equilibrado individual y como miembro perteneciente a una colectividad. Estas acciones se han realizado, unas veces de forma sistemática y estructurada, y otras por medio de intervenciones de carácter más difuso, aunque siempre con el objetivo de mejorar situaciones de personas o colectivos.

Este proyecto integrado de procesos y actividades pretende transformar un ámbito de la realidad social; atendiendo las carencias detectadas, proponiendo las soluciones específicas adecuadas ante problemas educativos de la sociedad previamente diagnosticados con la intervención directa de agentes debidamente preparados. Además atienden a aquellos grupos de la comunidad social (familias) del macro distrito Max paredes que carecen de recursos económicos que no cuentan con un profesional para el cuidado de las personas mayores.

Por otro lado el trabajo del cuidador familiar de las personas dependientes se ha convertido en un reto social que abarca cada vez más a diferentes colectivos educativos y sociales y que además es un problema que va en aumento, (expectativa de vida, descenso de la natalidad, población envejecida).

En la mayoría de las familias es “una” única persona que asume la mayor parte de la responsabilidad de los cuidados: la persona cuidadora principal. La mayoría son mujeres y si bien los hombres participan cada vez más en el cuidado de las personas mayores, generalmente como ayudantes de las cuidadoras.

Tradicionalmente, la familia ha desempeñado un importante rol en el restablecimiento de la salud y en el bienestar de sus miembros; así como en la prevención de complicaciones y problemas en quienes presentan alguna dependencia. Debido al alto costo de la atención de las personas con enfermedades crónicas, se hace necesario promover la atención domiciliaria a cargo de los familiares, pero bajo supervisión de enfermería y del equipo de salud.

Es la propia familia y dentro de ella fundamentalmente las mujeres, quienes asumen la mayoría de los cuidados que necesitan sus familiares enfermos o dependientes, Para los ancianos, la familia no solo es la principal fuente de sostén, sino que también, la preferida cuando necesitan ser cuidados y a la que acuden en primera instancia (Sánchez, 2012, p.37). Los cuidadores familiares, viven una serie de situaciones, tanto en lo personal como en lo social.

Ante esta circunstancia la figura de un cuidador se presenta como una alternativa necesaria, y que debe combinarse con otros profesionales, que pueden prestar servicios combinados y complementarios al del cuidador. Las tareas y actividades de las personas cuidadoras son múltiples, exige tiempo y energía, no siempre son cómodas o agradables.

La importancia y el significado de este trabajo en el macro distrito Max Paredes, cobra un interés importantísimo, donde los cuidadores tengan un objetivo; permitir una asistencia eficaz y de mayor calidad dirigida a la persona dependiente, teniendo en cuenta su entorno familiar y comunitario y prestando siempre la máxima atención, y al mismo adaptándose a las circunstancias de cada caso.

# CAPITULO II

# SUSTENTO TEORICO

# DEL PROYECTO



## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **2.1. DEFINICION DE CUIDAR**

Partiendo de la afirmación; El cuidado es la garantía para la sobrevivencia de las especies como hecho innato de los seres humanos, como también a cada especie buscar su propio bienestar, la continuidad de la misma e incluso dejar huella y legado en la historia del universo. (García, 2011, p.70). Por ello, somos el resultado del cuidado y descuido ejercido los unos sobre los otros a través de la historia

Desde la enfermería como disciplina base del cuidado, se ha propuesto el concepto de cuidar como: “aquella relación existente entre el cuidador (la persona que entrega cuidado), y la persona cuidada (quien se deja proteger y cuidar), componentes claves de esta interacción (Simón, 2006, p. 45).

Diversos son las personas que participan en el cuidado de un enfermo durante el transcurso de su enfermedad; su familia, los médicos, enfermeros, voluntarios, servidores sociales, psicólogos y una amplia red social. cada una de estas personas interviene significativamente de alguna forma y en algún momento del proceso de la enfermedad, brindado soporte, apoyo emocional, espiritual, sustento material o económico; todo esto, genera en el enfermo mayor o menor proporción una estabilidad y dependencia de esta red social de cuidado.

Cuando hablamos de enfermos crónicos infantiles y con niveles altos de dependencia, la red de apoyo se estructura de una manera distinta que en otro tipo de enfermos (enfermos adultos, discapacitados, de baja dependencia etc.) la mayoría de los elementos que conforman esta red de cuidado se reestructura para poder brindar su ayuda.

## **2.2. CUIDADOR FAMILIAR**

Los cuidadores familiares son personas que otorgan cuidado informal, no reciben remuneración o retribución económica, se catalogan como principales o primarios y secundarios, según el grado de responsabilidad en el cuidado de los ancianos (6) y son definidos como “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones” (Flores, 1997, p. 261).

La experiencia de cuidar involucra una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo, provoca un aumento en la carga del cuidador, la cual si no se logra manejar adecuadamente puede traer repercusiones físicas, mentales y socioeconómicas y, por lo tanto, comprometer la vida, la salud, el bienestar, el cuidado y auto cuidado no sólo del cuidador, sino también de la persona dependiente de cuidados, por lo que se requiere de un soporte social más global (Díaz, 2005, p.73).

Cuidar no es únicamente una actividad física si no también, y fundamentalmente, una actividad mental; cuidar significa, sobre todo, planificar y estar pendiente, prever las necesidades antes de que surjan; pero también suelen ser desagradables y provocan interrupción de los roles que desempeña la persona tanto en su familia como en la sociedad.

Cuidar a una persona con discapacidad o enfermedad crónica “implica ver la vida de una manera diferente, modificar las funciones a las que se está acostumbrado, tomar decisiones en medio de alternativas complicadas, asumir responsabilidades o realizar tareas y acciones de cuidado físico, social, psicológico y religioso para atender las necesidades cambiantes de la persona cuidada” (Sanchez, 2005, p.162).

Esta responsabilidad la asumen en forma voluntaria o porque no existe otra alternativa y, además, sin una recompensa económica. El cuidador principal se caracteriza por ser mujer, con lazos de parentesco, generalmente la esposa o una hija,

que asume el rol de cuidador de manera informal y voluntario (Casado, 2000, p. 68). Constituye una unidad social sujeta a las presiones y condiciones de su entorno cultural, económico y político de un momento dado y se encarga de brindarle apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas (Zabala, 2006, p.53).

Po lo anterior, los cuidadores pueden experimentar una variada gama de emociones, como ira, culpa, frustración, agotamiento, ansiedad, miedo, dolor, tristeza, amor, aumento de la autoestima y satisfacción del trabajo realizado, porque dependiendo de las circunstancias individuales en que se asume el rol de cuidador, puede significar un cambio brusco para el que no se está preparado y originar sentimientos de pérdida importante, de lo que fue antes de asumir el rol de cuidador y de las expectativas que se había trazado.

Los recursos familiares para entregar los cuidados se ven disminuidos; la persona que otorga los cuidados también es de edad avanzada, porque mayoritariamente se trata del cónyuge y puede tener discapacidades que limitan el tipo de ayuda que puede proporcionar (Flores E., Rivas, E. 2012, p.30).

Las familias son pequeñas por lo que hay menos personas con quién compartir el cuidado, la participación de las mujeres en el trabajo hace que dispongan de menos tiempo para otorgar asistencia, la mayor cantidad de divorcios también ha debilitado los lazos familiares y puede disminuir la ayuda disponible cuando un padre se vuelve discapacitado y, también, los hijos de padres divorciados pueden tener menos recursos para comprometerse con el cuidado de sus padres ancianos.

El cuidador es el pilar del sistema de provisión de cuidados en el hogar, para los enfermos y son el elemento imprescindible para que el paciente pueda seguir viviendo en la comunidad. Del manejo que se les dé a esos aspectos depende el

bienestar de la persona y, por ende, su calidad de vida, ya que no solo el enfermo quien resulta vulnerable frente a la situación de cronicidad (Pinto, 2010, p: 69).

Los cuidadores son personas que dedican el tiempo y esfuerzos necesarios en la labor de cuidar a una persona para permitir que puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándolo a adaptarse a las limitaciones generadas por su incapacidad o discapacidad funcional (Vargas, 2001, p.121).

El trabajo de cuidador es una experiencia de compromiso, de tiempo y de paciencia que demandan habilidades y cualidades que son fundamentales en la realización de las actividades de la vida diaria con el familiar. Los cuidadores también se pueden ver expuestos a alteraciones en su propio bienestar, debido a los cambios que ellos mismos han debido efectuar en su propio estilo de vida (Vargas, 2001, p.123).

Los cuidados son acciones positivas y cotidianas que cada persona realiza para sí misma, para sus allegados o para los demás, con el fin de mantener un funcionamiento satisfactorio de la persona beneficiaria de los mismos. Es por ello que "cuidar" implica, siempre, tomar decisiones acerca de la salud y el bienestar de las personas (Jurado 2007, p.55).

La actividad de cuidado está presente en lo cotidiano de las personas, para resguardar y mantener la vida, ayudar en el desarrollo y crecimiento de los seres vivos, siendo imprescindible para la vida del ser humano y, por lo tanto para el cuidador familiar.

### **2.3. CARGA DEL CUIDADOR**

Definida como la experiencia subjetiva del cuidador de las demandas de atención, es un concepto multidimensional, con características objetivas y subjetivas. La carga objetiva corresponde a los cambios que debe realizar el cuidador en

diversos ámbitos de la vida y la carga subjetiva se refiere a las reacciones emocionales frente a las demandas de cuidado (Flores E., Rivas, E. 2012, p.32).

Para dimensionar los efectos emocionales adversos que manifiesta el cuidador frente a la rutina diaria de cuidar a una persona, es decir la carga del cuidador, existen diversas pruebas, una de las más utilizadas es la de “Zarit Burden Interview”, que considera “los factores emocionales, físicos, las finanzas, la actitud del cuidador hacia el receptor de los cuidados, la relación entre ellos, los comportamientos y actitudes expresadas por el receptor de cuidados” (...), Mockus S, (2009), por lo que esta escala mide el riesgo de deterioro de su vida social, laboral, familiar, los problemas económicos y el sentimiento de sobrecarga en el rol de cuidar (Flores E., Rivas, E. 2012, p.32).

El cuidador de un familiar con dependencia severa debe enfrentar momentos críticos relacionados con el estrés de cuidar, el agotamiento, la falta de apoyo de otros miembros de la familia que en muchas ocasiones actúan como jueces, la reducción del número de vínculos, disminución de las oportunidades, la motivación y la energía para establecer y mantener relaciones sociales lo que los predispone a presentar el Síndrome del Cuidador (Zabala, 2006, p.55).

Frecuentemente el cuidador ve afectado su estado de salud, su bienestar y se siente incapaz de afrontar esta responsabilidad, pasando a constituir para el área sanitaria un paciente “oculto” o “desconocido”, que requiere de un diagnóstico precoz e intervención inmediata, antes de presentar el Síndrome del Cuidador (Lara, 2001, p. 107). Asimismo, se sienten agobiados por las exigencias de cuidados, llegando a presentar ansiedad y depresión. Estos efectos son mayores y más frecuentes en cuidadores que deben lidiar con personas que presentan problemas conductuales, como agresividad y conducta errante, además cuando el curso de la enfermedad es de naturaleza impredecible.

No obstante lo anterior, hay autores que han observado que cuidar por tiempo prolongado permite a los cuidadores ir realizando una adecuación en sus rutinas, de manera de lograr una adaptación paulatina al rol, lo que va aminorando los efectos negativos y disminuye la probabilidad de sufrir estrés crónico (Flores E., Rivas, E. 2012, p.32).

Zarit (1998), en su artículo “Implicación e investigaciones clínicas” menciona que son “las familias las que con mayor frecuencia se encargan del cuidado de los ancianos dependientes, durante periodos prolongados, para hacer frente a una sociedad que envejece” (...) p.28). El autor considera que la responsabilidad no puede recaer sólo en la familia; por la intensidad y costo de las cargas sugiere una responsabilidad compartida, creativa, que se consideren las necesidades de la persona cuidada y del cuidador, por lo que es necesario realizar estudios que conduzcan al logro de mejores estrategias de intervención.

Debido a que los cuidadores representan un recurso muy valioso para alcanzar el bienestar de la población que cuidan y que el desempeño de este rol les puede provocar consecuencias negativas para su salud, surge la necesidad de conocer desde la perspectiva de quienes cuidan, cuál es el nivel de sobrecarga en el desempeño del rol y cuáles son los factores relacionados para poder establecer estrategias de intervención que permitan prevenir o detectar precozmente la sobrecarga en los cuidadores familiares.

El cuidador es un elemento socio sanitario esencial, es un recurso de importancia cada vez mayor, ya que desarrolla una importante función que permite conservar y mantener funcionalmente el mayor tiempo posible a los mayores, facilitando la integración en su entorno, estimulando las funciones que todavía están conservadas, y supliendo las capacidades perdidas por otras, aumentando la supervivencia y viabilidad funcional de los mayores en la comunidad (Crespo, 2006, p. 21).

## **2.4. ETAPAS DEL CUIDADO**

Ser cuidador ha sido concebido como una “carrera inesperada” que, a diferencia de otras ocupaciones, no está dirigida principalmente por las metas que cada cual se propone, sino por aquellas que vienen impuestas por el mismo desarrollo de la problemática de la persona mayor y los niveles de dependencia que va alcanzando progresivamente. Se trata con frecuencia de una experiencia prolongada, en la que pueden diferenciarse diversas etapas como ser las siguientes: (López, 2006: 22).

### **2.4.1. PREPARACIÓN-ADQUISICIÓN.**

Etapas en la que el cuidador va aumentando su comprensión del problema y de la necesidad de ayudar de manera continuada a su familiar, que generalmente se produce con motivo de un empeoramiento físico del familiar o de su hospitalización.

### **2.4.2. PROMULGACIÓN-ACTUACIÓN.**

Periodo en el que el cuidador ejerce su rol. Un rol que no es siempre el mismo porque los problemas del mayor al que se atiende son progresivos, además de multidimensionales y complejos. Además, las dificultades a las que los cuidadores tienen que enfrentarse no se circunscriben única y exclusivamente a la persona a la que se cuida, sino que en numerosas ocasiones también tienen que ver con problemas añadidos a los originados por la situación de cuidado: laborales, familiares, etc. Al menos la mitad de estos cuidadores continúan visitando al familiar institucionalizado diariamente, proporcionando alguna forma de cuidado físico durante su visita (López, 2006, p.22).

Los altos niveles de depresión y ansiedad que experimentan los cuidadores perduran tiempo después de la institucionalización del mayor; Incluso el hecho de

dejar a sus parientes bajo cuidado de profesionales en una institución socio sanitaria provoca un aumento de la ingesta de ansiolíticos. En ocasiones también empeora significativamente la salud física de los cuidadores tras institucionalizar al familiar. Los cuidadores que están casados con el familiar al que atendían o que tienen una relación más estrecha son quienes peor responden al cambio que supone la institucionalización del mayor dependiente.

El cuidar de otra persona trae mucha responsabilidad lo que desencadena en los cuidadores sobrecarga, también por lo que pueden presentar problemas a nivel psíquico, social y físico, sumándose a esto que empiezan a aislarse, se deprimen con facilidad y en cierta forma abandonan su auto cuidado, sufriendo desgaste, sensación de impotencia y en muchos casos hay presencia de disturbios familiares, lo que hace que las relaciones se tomen más intensas (Castro, 2009, p.34).

Son muchos los factores que pueden contribuir a que los problemas emocionales afronten nuevos roles de índole práctica (gran desembolso económico para mantener al familiar institucionalizado, viajes frecuentes para visitarle, reducción del control sobre los cuidados proporcionados al mayor), además se adquieren nuevos roles supervisando los cuidados ofrecidos a su familiar; todo esto surge un sentimiento de culpa por haber institucionalizado al familiar reforzado en ocasiones por las convicciones culturales del cuidador y su entorno que muestran que la institucionalización es un abandono y que está en contra de las obligaciones de los familiares de cuidar en casa a sus miembros dependientes.

Lo cierto es que el cuidador atraviesa una serie de fases a lo largo del tiempo que desempeña su rol (Pérez, 1998, p.24) y que suelen producirse en momentos de transición claves para la adaptación o proliferación del estrés del cuidador: comienzo de la enfermedad o dependencia, institucionalización del familiar mayor y fallecimiento de éste. Cada etapa o fase y cada momento de transición tiene sus características particulares, implica unos cuidados diversos que el cuidador tiene que



dispensar y presenta distintos elementos potencialmente estresantes para los cuidadores.

## **2.5. EL ROL Y FUNCION DEL CUIDADOR**

Se ha definido al cuidador como, “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, o enfermedad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales” (Flores, 1997, p. 3).

Según Pinto, Ortiz y Sánchez, (2005), afirma “el cuidador es aquel que tiene un vinculo de parentesco o cercanía y asume la responsabilidad del cuidado de un ser querido que vive con enfermedad crónica (...). Él o ella, participa en la toma de decisiones, supervisa y apoya la realización de las actividades de la vida diaria para compensar la disfunción existente en la persona con la enfermedad” p78).

### **2.5.1. CUIDADORES FORMALES**

Valderrama, (1997), ha definido a los cuidadores formales como “aquellas personas capacitadas a través de cursos teóricos – prácticos de formación dictados por equipos multi e interdisciplinarios de docencia para brindar atención preventiva asistencial y educativa al enfermo y a su núcleo familiar. Su campo de acción cubre el hogar, hospital de día, y servicios especializados”.

El termino cuidador formal, cubre una amplia gama de profesionales que trabajan junto con los médicos (enfermos, psicólogos, trabajadores sociales o técnicos sanitarios) en el cuidado de la salud. En esta etapa, surgen nuevas complejidades, ya que a la red informal que cuidaba del niño en su hogar tendrá que convivir e integrar el cuidado con otras personas cuidadoras formales.

Según (García, 2011, p.73), Los cuidadores formales han de tomar en cuenta las siguientes necesidades de las familias:

*Necesidades emocionales:* Las familias pueden necesitar apoyo emocional para afrontar estos cambios. No todas las personas están preparadas para asumir y entender lo que la enfermedad conlleva, ni tienen la energía que supone reorganizarse para atender a todas las necesidades. Este apoyo debe ofrecerse de manera individual o al grupo familiar.

*Necesidades de Información:* Antes del diagnóstico, muchas de las familias tienen poca o nula información de lo relacionado con la enfermedad y desconocen cómo ayudar al paciente. Igualmente antes del diagnóstico, las familias no se plantean la utilidad de algunos servicios especiales o las ayudas económicas para adquirir un servicio brindado por la comunidad. Es importante facilitar a la familia los medios donde pueden encontrar información asertiva, práctica y actualizada del origen y tratamientos, tanto médicos como psicológicos a los que pueden acceder.

*Necesidades económicas:* Igual que otras necesidades, previo al diagnóstico, las familias no se plantean la posibilidad de realizar gastos tan altos y prolongados derivados por la intervención. Consultas, medicamentos, traslados, hospitalización, tratamientos, etc. son algunos gastos que tendrán que hacer a lo largo del proceso de la enfermedad. Muchos de los padres suelen tener que dejar de trabajar para dedicarse parcial o totalmente al cuidado del enfermo.

### **2.5.2. CUIDADORES INFORMALES**

El cuidado es entendido como el conjunto de todas aquellas actividades humanas físicas, mentales y emocionales dirigidas a mantener la salud y el bienestar del individuo, de manera que logre un nivel satisfactorio de calidad de vida (IMSERSO, 2005, p.25). Tradicionalmente el cuidado informal se refiere a la atención que se dispensa de manera altruista a las personas que presentan algún tipo de discapacidad o dependencia.

Esta atención es prestada fundamentalmente por sus familiares y allegados, pero también por agentes o redes sociales y asociaciones de ayuda mutua. Se

excluyen en consecuencia los cuidados dispensados por profesionales dependientes de los servicios sanitarios organizados o del mercado aunque estos sistemas puedan complementarse (Casado, 2001, p.32). Esto es, el cuidado no profesional, es decir el informal, constituye la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada.

El cuidado informal, en un sentido amplio, son todas aquellas actividades que se llevan a cabo con el propósito de que las personas en situación de dependencia puedan seguir disfrutando de la mayor calidad de vida posible acorde con sus preferencias individuales, con el máximo grado posible de autonomía, participación, realización personal y dignidad humana y se caracteriza por transcurrir durante periodos largos del ciclo de vida de la persona (Casado, 2001, p. 35).

Por otra parte, la ayuda prestada por los cuidadores se puede estructurar en tres categorías: (Rodríguez, 2005: 5).

1. *Provisión de ayuda emocional*, es decir, sentirnos queridos/as por las personas allegadas, relacionarnos con ellas, expresarles opiniones, sentimientos, intercambiar expresiones de afecto.

2. *Apoyo informativo y estratégico*, que consiste en la ayuda que se recibe para la resolución de problemas concretos y afrontamiento de situaciones difíciles.

*El apoyo instrumental*, que consiste en la prestación de ayuda y servicios en situaciones problemáticas que no pueden resolverse por uno mismo. Por ejemplo, la recepción de cuidados y ayuda en el caso de las personas con discapacidad, situaciones de dependencia y enfermedad.

Respecto a la instrumentación del cuidado se puede estructurar de acuerdo a las tareas que ejecuta el cuidador diariamente. En este sentido, la frecuencia de las tareas y actividades en las que los cuidadores prestan ayuda a las personas se distribuyen de la misma forma que las necesidades de ayuda de los mismos. La

cobertura de las necesidades de los dependientes es casi completa (Pérez, 2008, p.19).

En virtud de la división sexual del trabajo, es preciso mencionar que el cuidado informal se ha caracterizado por poseer un carácter feminizado, ya que son las mujeres quienes a lo largo de la historia se han hecho cargo de esta responsabilidad en relación al espacio doméstico atribuido a ellas, no obstante con la transformación de la sociedad, que se ha venido señalando, los patrones familiares han variado y la mujer se ha incorporado al espacio público, específicamente al trabajo remunerado, lo que ha provocado importantes cambios en el rol de cuidador informal, ya que ha significado una redistribución de roles y una asunción de funciones de distinta índole por parte de hombres y mujeres (Arriagada, 2012, p.22).

Por lo anterior, en el contexto actual, según lo señalado por un artículo de SENAMA (2007) “el ejercicio de la labor de cuidado de parte de los cuidadores informales significa, muchas veces, una contradicción entre el deber moral o entrega altruista y las expectativas de desarrollo personal, profesional, familiar, (...), generando sentimientos contradictorios y de ambigüedad, que se traducen finalmente en estrés y sensación de carga”. Ya que el hijo o hija se ve obligado a dar respuestas a las dos generaciones que dependen de ellos (hijos y padres), generando contextos de crisis, valoraciones negativas hacia el adulto mayor y relaciones interpersonales inadecuadas.

## **2.6. AGOTAMIENTO DEL CUIDADOR FAMILIAR**

El agotamiento es un estado de una persona en que denota síntomas de ansiedad y depresión, desmotivación en el trabajo y comportamientos agresivos.

“Cristina Maslach” (2001) llamo a este síndrome como “sobrecarga emocional” o “síndrome del Burnout”, al que definió como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede

ocurrir entre individuos que trabajan con personas” (...), se suele presentar en situaciones normales de la vida por causa de aburrimiento, infelicidad, desilusión, hastío, tedio, fastidio, carencia de sueño, o trabajo duro. Es un fenómeno que puede localizarse no solo en un individuo, sino también en el sistema familiar en su conjunto.

El estrés o agotamiento en el hombre se produce por la falta de reconocimiento social, la insatisfacción laboral, la auto percepción de baja remuneración económica y el hecho de cuidar a personas que presentan una enfermedad o un proceso terminal (Alvarado, 2014, p.31).

El síndrome de “Agotamiento Emocional” incluye 3 aspectos:

- El agotamiento emocional, que se refiere a la disminución o la pérdida de recursos emocionales
- La despersonalización o deshumanización, que consiste en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores del servicio prestado
- La falta de realización personal que provoca tendencias a evaluar el propio trabajo de forma negativa, convivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal.

Las condiciones en que se desarrollan sus actividades diarias lo hacen un ser vulnerable desde el punto de vista sanitario cuando no hay responsabilidad o apoyo se llega al agotamiento, el mismo que comprende un conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos producto de la alteración de sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio emocional.

De carácter multifactorial, la sobrecarga del cuidador involucra: El aislamiento social, sobrecarga de actividades tanto en casa como fuera de ella, alteración del comportamiento de los familiares que reciben cuidados, la idea de ser “responsables” exclusivos de su familiar, dificultades financieras, abandono de

empleo por parte del cuidador, entre otras, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas que cuida (despersonalización), hacia el propio rol profesional (falta de realización personal en el trabajo) y una intensa vivencia de encontrarse emocionalmente agotado (Alvarado, 2014, p.32).

## **2.7. EL CUIDADOR INFORMAL Y LOS CAMBIOS SOCIO FAMILIARES**

La provisión de cuidados por parte de algún miembro de la familia a otro miembro familiar que presenta dependencia debido a enfermedades crónicas (sean éstas mentales, físicas ó ambas) no es un fenómeno nuevo. La familia en todas partes del mundo, siempre ha conservado el rol principal de cuidar de sus miembros con dependencia y/o problemas de salud. La diferencia está, en que en los actuales momentos se ha reconocido su importancia (sobre todo en los países desarrollados), debido a los cambios: económicos, político y demográficos. Por ejemplo, el incremento del envejecimiento de la población mundial, el aumento de la esperanza de vida, las transformaciones en el modelo de la familia tradicional y el control de la natalidad (IMSERSO, 2004, p.27).

A la par que transcurre la creciente demanda de cuidados de salud, debido al denominado fenómeno “envejecimiento del envejecimiento”, transcurren también los cambios en la estructura y dinámica socio familiar (IMSERSO, 2004, p.27). Ejemplos de dichos cambios son la progresiva desaparición de la familia extensa y el predominio de la familia nuclear, la cual se caracteriza por un menor número de hijos o, en relación al cuidado, una disminución en la disponibilidad de la red familiar más cercana como recurso de apoyo.

Asimismo, el creciente número de separaciones, divorcios y nuevos matrimonios agravan la dispersión de los ya débiles núcleos familiares existentes, disgregan las responsabilidades y dificultan la estabilidad de las relaciones y de la continuidad del cuidado familiar (Rodríguez, 1999, p.15).

Este nuevo modelo de familia es producto de las prácticas de un nuevo contexto configurado por el mercado de trabajo, la ciudad industrial y el individualismo, agravando así el debilitamiento de las relaciones con la familia de origen, concentrándose estas relaciones preferentemente en la familia conyugal y de filiación. Este aspecto es importante ya que los lazos intensos que existían entre los miembros de la familia (nuclear y extensa) se articulaban en base a sentimientos de lealtad, reciprocidad y solidaridad entre sus miembros, fortaleciéndose una forma de relación familiar por encima de una estructura de interacción individualista.

El matrimonio, por ejemplo, sigue siendo la forma de convivencia más común y preferida por los españoles pese a la confrontación de dificultades como la prolongación de la etapa de emancipación de los hijos que impide formar una familia, situación agravada por las dificultades en el acceso al empleo y vivienda. A dicho fenómeno se añade la constante diversificación de los modelos de convivencia (monoparentales, uniones de hecho, uniones de personas del mismo sexo) evidenciándose, por otra parte, el incremento de personas que viven solas (33% en > 75 años de edad) (Duran, 2002, p.31).

Por otra parte y como ya se ha dicho, las personas en situación de dependencia reciben los cuidados en el seno de la familia. Además el ámbito familiar es el de preferencia por las personas para recibir dichos cuidados, siendo asociados al valor de lo íntimo y, por tanto, fácilmente aceptados por la persona receptora de cuidados.

## **2.8. ESTRÉS DEL CUIDADOR**

Cuidar de una persona dependiente supone tener que hacer frente a una gran cantidad de tareas, que desbordan con frecuencia las posibilidades reales del cuidador. Es más, esas tareas y demandas son continuamente cambiantes, de modo que lo que sirve hoy (por ejemplo, ayudar al mayor a desplazarse con un andador),

puede ser totalmente inútil mañana (por producirse una reducción más o menos brusca en la movilidad), haciendo precisa una readaptación de la rutina diaria (Crespo, 2006, p.25). Todo ello en un contexto en el que la carga emocional es importante, ya que no es fácil ver el deterioro y las dificultades continuas de un ser querido.

(Crespo, 2006, p.25), En consecuencia, no es de extrañar que el cuidado de una persona dependiente se considere una situación de estrés; está ampliamente probado que cuidar es una experiencia estresante, lo que ha llevado a que se considere como uno de los paradigmas fundamentales para el estudio del estrés crónico, ya que por lo general tiende a ser una situación continua (en cuanto que ocupa gran parte del tiempo del cuidador) y de larga duración (puesto que es frecuente que se prolongue durante meses e incluso años).

Desde este punto de vista, la vivencia que la persona tiene de la situación depende tanto de la evaluación que ésta haga de la misma, como de las estrategias que tenga en su mano para hacerle frente. De este modo, los efectos de cuidar a un familiar mayor dependiente estarían mediatizados por las evaluaciones que los cuidadores hacen de la situación y por los recursos de todo tipo de los que dispongan para afrontarla.

La consideración y el estudio del estrés en los cuidadores ha partido de los modelos generales de estrés, en concreto de los modelos transaccionales o interaccionales, para los que el estrés es un proceso dinámico de interacción entre la persona y su medio. (Crespo, 2006, p.26). La mayoría de estos modelos han sido pensados para dar cuenta de la problemática de los cuidadores de personas con demencia. No obstante, parecen generalizables a los cuidadores de personas mayores dependientes en general. Entre las diferentes propuestas se revisan a continuación los modelos más relevantes, yendo desde los más sencillos y simples a los más pormenorizados y completos.



### **2.8.1. MODELOS DE PREDISPOSICIÓN E INCITACIÓN**

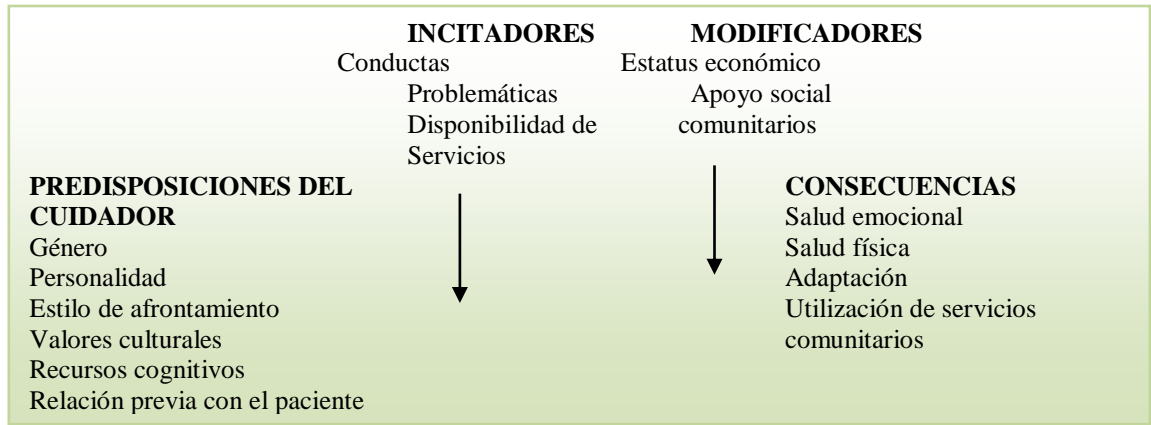
(Mace y Rabins, (1991), propone uno de los modelos más sencillos para explicar la difícil situación de los cuidadores. Tal y como se observa en la (Figura 1). Postula que “hay elementos interpersonales, tales como la personalidad, el estilo de afrontamiento, valores culturales, la relación previa con el familiar” (...), que predisponen al individuo a responder al estresor de una manera predecible p.48). Algunas variables que modifican esta respuesta son los recursos comunitarios, económicos o familiares de los que disponga el cuidador. Por lo tanto, hay algunos individuos que están más predispuestos a sufrir unos resultados negativos cuando se produce un determinado estresor como es el de cuidar a un familiar mayor dependiente. (Crespo, 2006, p.26).

Las conductas problemáticas de los mayores, es decir, aquellos comportamientos considerados como tales por los cuidadores, son unos factores precipitantes de las consecuencias (emocionales, físicas, de utilización de recursos) que tiene la situación de cuidado sobre los cuidadores. De hecho las conductas que son percibidas como problemáticas por el cuidador, independientemente de que lo sean o no, son las que generan unas mayores consecuencias negativas (Crespo, 2006, p.26).

Éste es un modelo sencillo de interpretación de la situación de estrés de los cuidadores. Incluso el mismo autor reconoce que falta determinar el distinto peso o influencia de todos y cada uno de estos factores. Y también reconoce que algunos factores que el modelo califica como modificadores pudieran ser vistos como factores de predisposición. Así, por ejemplo, la percepción de un adecuado apoyo social puede solaparse con ciertas variables de predisposición como la personalidad o el estilo de afrontamiento.

**Grafico n° 10.**

**Modelo de predisposición e incitación**



Fuente: Elaboración propia (2017).

**2.8.2. MODELO DIÁDICO CUIDADOR Y ADULTO MAYOR**

El modelo de (Cobeil, 1999, p.11), tiene en cuenta la interacción entre el adulto mayor y su cuidador, al basarse en análisis realizados al aplicar un tratamiento de estimulación cognitiva. La relación entre ambos resulta decisiva a la hora de determinar si los cuidadores están bien adaptados o no a su situación.

Sigue la propuesta general de estrés realizada por Lazarus y Folkman (1984) y se sitúa en la línea del modelo de adaptación al estrés para cuidadores, ya que consideran el mismo esquema en ambos estudios. Es decir, se distinguen estresores, variables mediadoras y variable resultado (véase Figura 2. pag. 45).

“Los denominados estresores, considerados como la variable antecedente, no son sino la frecuencia con la que el adulto mayor presenta problemas de memoria y de conducta” (...) (Crespo, 2006, p.27). Dentro de las variables mediadoras se distingue el estrés percibido por el cuidador referente a los estresores que presenta el adulto mayor al que se cuida (el malestar que los problemas de memoria y de conducta generan al cuidador), la reevaluación positiva que el cuidador puede hacer de esos problemas (la valoración positiva que el cuidador otorga a las situaciones que

experimental) y el apoyo emocional que el cuidador recibe (grado de ayuda emocional y confiable recibida de su red social). Mientras que los estresores son considerados como una variable exógena e independiente, las variables mediadoras son consideradas como variables endógenas e interrelacionadas, en cuanto que forman un conjunto.

Por su parte, (Crespo, 2006), el resultado de este modelo es la satisfacción del cuidador en la interacción con el enfermo, que incluye cariño, respeto, comunicación, sentido vital, e integración de la experiencia vital. Es, por lo tanto, un modelo que atiende a los efectos positivos de la situación de cuidado en lugar de los efectos negativos p.27).

Los resultados obtenidos en el contexto de la aplicación de un programa de estimulación cognitiva para los adultos mayores hacen pensar que este modelo no recoge todas las variables moduladoras del efecto que la situación de cuidado tiene sobre los cuidadores

**Grafico nº11.**

**Modelo diádico cuidador-mayor**



Fuente: Elaboración propia (2017)

### **2.8.3. MODELO SOCIOCULTURAL**

Este modelo destaca la importancia de pertenecer a un grupo étnico u otro ya que los valores culturales son muy diferentes e influyentes en la dinámica de los cuidadores.

Al igual que en otros modelos se reconoce la importancia de ciertas variables contextuales que pueden influir en el malestar de los cuidadores (véase Figura 3): género, edad, grupo cultural, estatus socioeconómico y parentesco del cuidador con el paciente. Además, también se tienen en cuenta las demandas que debe satisfacer el cuidador, es decir, los estresores objetivos o carga objetiva.

Aunque no se sabe a ciencia cierta por qué unos cuidadores perciben su situación como estresora y otros no, lo que sí que parece evidente es que los valores culturales juegan un papel crucial en la valoración que el cuidador hace de las demandas generadas por la situación en la que se encuentra. Así, por ejemplo, los afroamericanos, que otorgan un mayor valor a la familia que al individuo aislado, perciben la situación como menos estresante que otros grupos socioculturales (Crespo, 2006 p. 28).

Los potenciales mediadores entre la evaluación que el cuidador hace de la situación y los resultados que padece (el malestar emocional y los problemas de salud) son el apoyo social y las estrategias de afrontamiento. De hecho, las estrategias de afrontamiento ante un estresor crónico son más importantes a la hora de determinar el impacto emocional que los mismos estresores.

Así, por ejemplo, las estrategias de afrontamiento evitativas o la auto culpabilización se asocian con mayores consecuencias emocionales negativas. Mientras que la utilización de la aceptación como estrategia de afrontamiento suele ayudar a los cuidadores a mejorar su situación (Crespo, 2006, p.28).

Estas estrategias de afrontamiento son más importantes a la hora de determinar el impacto emocional que los mismos estresores. Así, por ejemplo, las estrategias de afrontamiento evitativas se asocian con mayores consecuencias emocionales negativas. Mientras que la utilización de la aceptación como estrategia de afrontamiento suele ayudar a los cuidadores a mejorar su situación.

**Grafico nº 12.**  
**Modelo sociocultural**



Fuente: Elaboración propia 2017

#### **2.8.4. MODELO DE LOS DOS FACTORES**

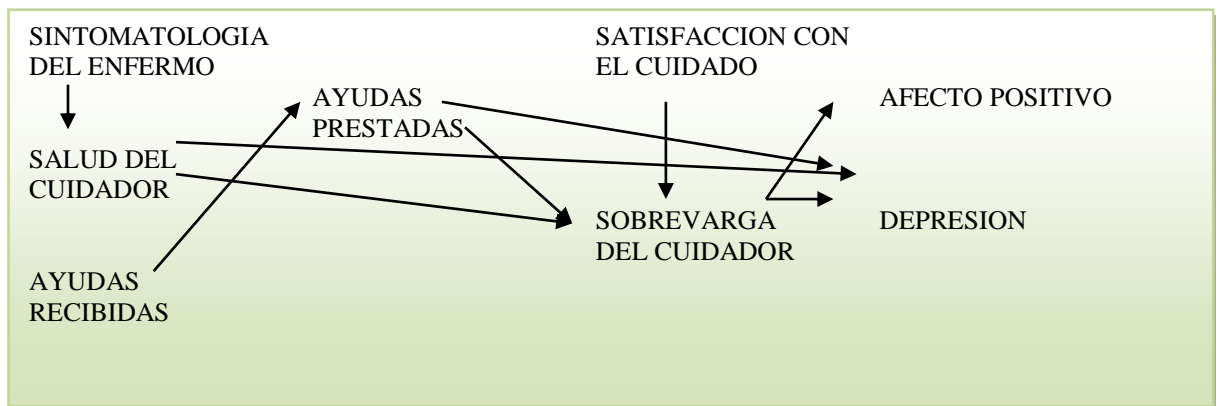
El modelo de Lawton (1991, p.37); distingue entre consecuencias positivas (afecto positivo o bienestar emocional) y negativas (depresión) del cuidado de un mayor con Alzheimer por parte de sus familiares. Tal y como se observa en la Figura 4. Es una propuesta que diferencia entre el estado emocional positivo y negativo de los cuidadores, sin centrarse única y exclusivamente en las consecuencias perjudiciales que tiene ser cuidador. Caben, pues, las dos opciones, que el cuidador encuentre tanto perjuicios como beneficios en el desempeño de su rol (Crespo, 2006, p. 29).

Siguiendo el modelo de Lazarus y Folkman (1984) “la evaluación de la situación (sobrecarga y satisfacción con el cuidado) determina los resultados provocados por la situación de cuidado”. Y a diferencia de otros modelos estas dos valoraciones se pueden producir al mismo tiempo en el cuidador. Es decir los cuidados proporcionados por un cuidador pueden generar al mismo tiempo satisfacción y sobrecarga.

El estresor en este modelo es esencialmente la cantidad de síntomas del enfermo, aunque también se consideran como posibles variables moduladoras la ayuda que el cuidador tiene que prestar (alimentación, vestido, baño, dar las medicinas...), la ayuda recibida por parte de otros cuidadores informales, así como la salud del propio cuidador.

**Grafico nº 13.**

**Modelo de los dos factores**



Fuente: Elaboración propia (2017)

Esta es una percepción subjetiva, pues lo que los cuidadores consideran que el adulto mayor necesita no siempre tiene que coincidir con su dependencia objetiva. Además, considerar dos únicos factores de evaluación puede ser demasiado simplista.

A todo ello el resultado fue que los cuidadores percibían no dos sino seis valoraciones o percepciones de su situación: la carga del trabajo como cuidador, la percepción del cuidado como disfuncional, la fuerza interna y eficacia, el atrapamiento social, los aspectos positivos del cuidado y el apoyo social familiar. Así, pues, parece que pueden ser más de dos las valoraciones de los cuidadores que median entre los estresores objetivos y los efectos emocionales que tiene el cuidado (Crespo, 2006, p.30).

## **2.9. CALIDAD DE VIDA DE LOS CUIDADORES DE PERSONAS MAYORES**

Giraldo y Franco (2006). En su artículo “Calidad de vida de los cuidadores”, reporta que los “beneficios que reciben los cuidadores están relacionados con encontrarle sentido a su vida, la sensación de sentirse útiles a la sociedad, la comprensión que adquieren sobre la salud y el cuidado, la sensación del deber cumplido, poder retribuir a quien en otro momento le aportó a su vida y los aprendizajes que adquirieron sobre el mundo del cuidado”. El cuidador familiar de un paciente con enfermedad de Alzheimer está expuesto continuamente a una sobrecarga tanto física como emocional por asumir la responsabilidad absoluta del cuidado del enfermo en todos los aspectos, y considerando el deterioro y la dependencia progresiva del paciente por su enfermedad (Giraldo y Franco, 2006, p.39).

Entre las causas más comunes que pueden generar estrés a los cuidadores tenemos: dificultades económicas, carga opresiva del trabajo, el sigilo y miedo de las personas que hacen la actividad, necesidades no satisfechas, la falta de una voz eficaz en las decisiones que los afectan a ellos y a su trabajo, el apoyo, supervisión y reconocimiento deficiente de su labor, la formación, conocimientos prácticos y preparación deficiente para el cuidado, la falta de claridad sobre lo que se supone deben hacer los cuidadores, la ausencia de mecanismos de referencia, falta de continuidad en las actividades que realiza, coordinación entre el cuidado que recibe

el paciente en la institución como el que recibe en el hogar, falta de elementos y medicamentos que faciliten las actividades de cuidado. El aislamiento, inseguridad y temor por el futuro, dificultades para comunicarse con otros (Pinto, 2004, p.130).

La presencia de estos aspectos desencadenan el estrés como un mecanismo de defensa normal de un individuo, que se presenta cuando hay un desequilibrio o amenaza en determinada situación; pero, cuando se presenta en períodos prolongados puede presentar estrés de trastornos orgánicos, o empeorar los existentes y así ser causa de muerte, estos factores permiten evidenciar la necesidad de la intervención de enfermería en el cuidado de los cuidadores familiares de pacientes con enfermedades crónicas.

## **2.10. LA FAMILIA EN EL CUIDADO DE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR.**

La familia es un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo. Constituye la unidad básica de la sociedad. La unión familiar asegura a sus integrantes estabilidad emocional, social y económica. Es allí donde se aprende tempranamente a dialogar, a escuchar, a conocer y desarrollar sus derechos y deberes como persona humana (Alvarado, 2014, p. 28).

La familia en la sociedad tiene importantes tareas, que tienen relación directa con la preservación de la vida humana como su desarrollo y bienestar. Las funciones de la familia son:

**Función biológica:** Se satisface el apetito sexual del hombre y la mujer, además de la reproducción humana.

**Función educativa:** Tempranamente se socializa a los niños en cuanto a hábitos, sentimientos, valores, conductas, etc.

**Función económica:** Se satisfacen las necesidades básicas, como el alimento, techo, salud, ropa.



**Función solidaria:** Se desarrollan afectos que permiten valorar el socorro mutuo y la ayuda al prójimo.

**Función protectora:** Se da seguridad y cuidados a los niños, los inválidos y los ancianos.

La familia en particular, es una fuente primordial de apoyo emocional, social y económico para los miembros de edad avanzada, y aun cuando han sufrido cambios y modernizaciones, no significa que haya perdido la capacidad de apoyar a sus viejos. Este apoyo se mantiene incluso cuando ellos viven separadamente.

Aunque existen casos en que su afán de ayudar a los adultos mayores se convierte en sobre protectores, subestimándolos como individuos responsables. En consecuencia, muchos de los conflictos que se presenta es por el desconocimiento que tiene cada miembro de la familia acerca del proceso que está viviendo la persona que no es de su generación, alterando su salud física, mental y social (Alvarado, 2014, p.29).

## **2.11. IMPORTANCIA DEL PAPEL DE LA FAMILIA EN LA ATENCIÓN A LOS ADULTOS MAYORES**

El contexto social que rodea al adulto mayor es la familia, la cual juega un papel determinante como apoyo o aislamiento, ya que la familia es la célula de la sociedad y en ella es donde se enseña a socializar y hacer individuos que aporten a la sociedad (Alvarado, 2014, p.29). El grado de independencia y autonomía que logre mantener la persona adulta mayor es una condición importante en su relación con el cuidador familiar.

El mantenerse autónomo, vigente, interesado en los otros, son elementos que favorecen una buena integración con su grupo familiar. “Cuando el anciano es independiente y no tiene problemas de salud, es una ayuda para la familia, participa en las tareas del hogar y se encarga del cuidado de los nietos, con los que establece

relaciones de complicidad” (Alvarado, 2014, p.29). En el momento en que aparecen problemas de salud y dependencia, las relaciones suelen invertirse. El adulto mayor pasa de proporcionar ayuda a recibirla, de cuidar a ser cuidado, perdiendo peso específico dentro de la familia, entonces siente que sus opiniones y decisiones no tienen tanto valor, lo que le genera sentimientos de rechazo e inutilidad.

## **2.12. CUIDADOR FAMILIAR PARA EL ADULTO MAYOR**

Aunque toda la familia se ve afectada, en la mayoría de los casos es sólo un individuo el que asume el cuidado. Esta persona generalmente es un integrante de la familia, quien toma el rol de cuidador/a y quien, a su vez, requiere adaptarse a las demandas del cuidado. La unión familiar asegura a sus integrantes estabilidad emocional, social y económica. Es allí donde se aprende tempranamente a dialogar, a escuchar, a conocer y desarrollar sus derechos y deberes como persona humana (Alvarado, 2014, p.30).

Tradicionalmente, son las mujeres jóvenes entre 20 a 30 años en quienes recae esa responsabilidad (hijas, nietas e incluso nueras), no importando la edad de la persona que demanda atención. Forma parte del rol del cuidador familiar asumir el cuidado del adulto mayor al interior del hogar, lo que conlleva dificultades para esta persona, tales como insertarse de modo igualitario en el ámbito laboral, social y económico de la sociedad. Por lo general no recibe remuneración y está expuesta a estrés, agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal (Alvarado, 2014, p.30).

La asistencia al adulto mayor, demanda conocimientos, habilidades y cualidades, tales como: Observar cambios propios del adulto mayor y de la enfermedad, capacidad de comunicación verbal, responsabilidad por las actividades de los cuidados generales, desarrollar destrezas sociales, transmitiendo afecto, ser asertiva, así como iniciar y mantener una conversación con actitud y escucha, tener

una motivación permanente, tener una salud física y mental y sobre todo respeto por las personas adultas mayores.

### **2.13. LOS EFECTOS DE CUIDAR**

Existe evidencia contrastada de que cuidar a una persona dependiente supone con frecuencia una notable fuente de estrés que puede llegar a afectar, de manera importante a la vida del cuidador. No es de extrañar que, dada la alta dedicación que exige el cuidado de una persona dependiente, los cuidadores sientan, por el hecho de serlo, afectados todos los demás ámbitos de su vida cotidiana.

Según el ya citado informe del IMSERSO (2005), un 85% de los cuidadores entrevistados sienten que la ayuda prestada incide negativamente en su vida cotidiana, y ese sentimiento se acrecienta a medida que aumenta la edad del cuidador. Y es que el cuidado afecta, en el desarrollo de la vida normal de los cuidadores, y se relaciona con problemas de diversa índole, que se hacen especialmente patentes en el cuidador principal. De ahí que en ocasiones se les llegue a denominar “víctimas o pacientes ocultos”. Unos cuidadores tan afectados que pueden llegar a experimentar en numerosas ocasiones un deseo creciente de institucionalizar a su familiar (Crespo, 2006, p.36).

Los cuidadores presentan problemas de salud tanto físicos como emocionales o psicológicos, los cuales, aun pudiendo afectar a todos los familiares de la persona mayor dependiente, se hacen especialmente acusados en el cuidador principal. Cabe reseñar además, que a pesar de que los cuidadores se vean afectados tanto física como emocionalmente por el desempeño de su rol, muchas veces ellos mismos se niegan a aceptar que los síntomas que presentan pueden obedecer al hecho de que cuiden a su familiar (Pérez, 1997: 36). Pero no solo la observación de los profesionales de la salud que están en contacto con ellos, sino también los continuos estudios realizados, demuestran de manera fehaciente el malestar experimentado por los cuidadores.

Lo que sí resulta claro es que la mayor parte de la investigación con cuidadores de personas mayores se ha realizado teniendo como grupo de referencia a cuidadores de personas con demencia. Y aunque, ciertamente, la presencia de demencias es cada vez mayor en personas que no han llegado a la edad de jubilación, también es cierto que la mayoría de los enfermos cuidados que aparecen en los estudios sobre cuidadores de personas con demencia son personas mayores, situándose la edad media de los receptores de los cuidados por encima de 65 años (Crespo, 2006, p.36).

En análisis de los estudios de revisión de la problemática emocional y física de los cuidadores muestra que, en conjunto, existe mayor y más robusta evidencia de asociación del desempeño del rol de cuidador con el malestar emocional que con el malestar físico (Crespo 2006: 37). Ciertamente los problemas de sobrecarga subjetiva, ansiedad y depresión, fueron los primeros que se investigaron, y son quizás uno de los problemas más habituales entre los cuidadores.

#### **2.14. EL ENVEJECIMIENTO**

El proceso de envejecimiento es un cambio en el cual las capacidades físicas, mentales y nerviosas del cuerpo humano gradualmente se quebrantan. Las señales físicas más obvias del envejecimiento son los huesos que se debilitan y son frágiles, los músculos que se debilitan y se encogen, endurecimiento de la caja torácica, debilitamiento de los músculos del corazón y cambios en las paredes de las arterias y venas resultan en una presión alta, problemas de respiración y debilidad general del cuerpo. La baja nutrición derivada de la dieta puede agravarse debido a la pérdida de los dientes y la falta de saliva. Los nervios finales se pueden debilitar perdiendo su sensibilidad, la cual afecta todas las facultades. Una mala visión puede afectar el balance y la movilidad. Cambios físicos en el cerebro y sistema nervioso pueden en el corto plazo resultar en la pérdida de la memoria. Esto puede resultar en una aguda confusión y desorientación, especialmente cuando los patrones familiares y ambientales son interrumpidos. Estos cambios físicos dejan al individuo con menos

capacidades de poder arreglárselas con las actividades cotidianas (Guillen, 1998, p.736).

### **2.15. EL ADULTO MAYOR**

Es un término o nombre que reciben las personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad. El adulto mayor atraviesa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos llegan a su final, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad.

Es un proceso de cambios determinados por factores fisiológicos, anatómicos, psicológicos y sociales. La mayoría de las definiciones sobre la vejez enfatizan el aspecto biológico y plantean que es: " un proceso progresivo desfavorable de cambio a nivel fisiológico y anatómico, producto del paso del tiempo y que concluye invariablemente con la muerte"(Roldan, 2007, p.19).

### **2.16. ASPECTOS GENERALES DEL ADULTO MAYOR**

Adulto mayor es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo que tienen más de 60 años de edad. La tendencia universal a la disminución de la fecundidad y prolongación de la esperanza de vida ha llevado a un incremento de la población de 60 y más años en el mundo. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos.

“El adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad. Usualmente han dejado de trabajar, o bien se jubilan, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable, lo que junto con los problemas de salud asociados a la edad pueden

traer consecuencias en todos los ámbitos de su vida”. (Alvarado, 2013, p.17) Esta situación hace que equivocadamente muchas veces sean consideradas como un estorbo para sus familias.

Durante los últimos 20 años la discriminación de la natalidad y la mortalidad mundial ha conducido progresivamente al aumento del adulto mayor. “En los países latinoamericanos, entre ellos el Perú, el envejecimiento de la población es una característica demográfica que va adquiriendo relevancia debido a las consecuencias económicas y sociales que implica, así como los cambios en las áreas del trabajo, vivienda, recreación, educación que acarrea y, sobre todo, a las necesidades de salud que dará lugar” (Alvarado, 2013, p.17).

### **2.16.1. CAMBIOS EN EL ADULTO MAYOR**

Durante este proceso se producen cambios fisiológicos tanto en la esfera orgánica como en la mental. Ellos son normales, pero con el paso de los años predisponen a una serie de eventos fisiopatológicos que llevan al adulto mayor a presentar variadas enfermedades.

#### **2.16.1.1. CAMBIOS BIOLÓGICOS**

El ser humano evoluciona en su interior de una forma diferente a la evolución de su aspecto biológico y por lo tanto la etapa y el proceso de envejecimiento no deben verse como una etapa final sino como una etapa de maduración y de evolución del ser humano (Roldan, 2007, p.21).

#### **2.16.1.2. CAMBIOS EN LA SALUD**

Se ha evidenciado que esta se deteriora con la edad y que las personas de edad avanzada tienen una mayor tendencia a padecer de enfermedades crónicas, que

puedan afectar el funcionamiento, movilidad, participación en actividades y la comunicación con el mundo que lo rodea, la salud dependerá de cosas como nivel de educación, recursos económicos, dieta, nutrición edad sexo (Roldan, 2007, p.23).

**La sexualidad:** la atrofia de las glándulas sexuales no significa que desaparezca la actividad sexual normal, como se ha creído erróneamente.

**Los sentidos:** en el plano funcional de los procesos sensoriales, el ojo y el oído son los órganos que antes envejecen es por ello que existe una precoz limitación de sus funciones.

### 2.16.1.3. CAMBIOS SOCIALES

Desde el fin de la madurez, el individuo, sufre una confrontación entre sus realizaciones existenciales y sus proyectos ideales. Esta confrontación está precipitada por la aparición de algunos momentos críticos (Roldan, 2007, p.25).

**El sentimiento de inutilidad:** a medida que el anciano va perdiendo facultades, cada vez depende más de los demás. Los grados de deterioro que va percibiendo la persona a medida que pasan los años son progresivos, este deterioro le conduce inexorablemente a la pérdida de autonomía personal y a la dependencia de los demás, es la realidad que mayores repercusiones psicológicas.

**La soledad:** es la crisis que se produce por la pérdida de personas queridas. Esta soledad puede ser mortal cuando los ancianos viven con sus hijos y sienten que son un estorbo; o real, cuando los ancianos no tienen con quien compartir su vida.

**Viudez:** es la pérdida de uno de los cónyuges, la pérdida de seres queridos es una probabilidad en la etapa de la vejez para la persona que queda, es triste perder a alguien con quien se ha estado en contacto estrecho y se ha compartido muchas experiencias de la vida, la viudez en todo individuo trae problemas emocionales, el periodo de pena (aflicción) que sigue la pérdida por muerte se debe considerar como un proceso de angustia, con restitución y restablecimiento de la personalidad ante la

pérdida, la aceptación la pérdida dura normalmente de 1 a 6 semanas, dependiendo de la relación afectiva que haya existido entre la pareja y la edad del individuo, el anciano puede presentar por su pena las siguientes manifestaciones desvelo, tristeza la mayor parte del día , depresión, absorción de la imagen de la persona muerte etc. (Roldan, 2007, p. 24).

**Jubilación:** El retiro del trabajo por medio de la jubilación provoca alteraciones emocionales al adulto mayor y en muchos casos pérdida del papel social individual, que está ligado a su trabajo u ocupación, factor importante para lograr la identidad ante la sociedad, la pérdida del papel acostumbrado requiere de cambios y ajustes necesarios para un nuevo plan de vida, muchas veces la jubilación proporciona seguridad económica pero no estabilidad emocional, por que el individuo, acostumbrado a cumplir con un horario de trabajo a compartir con sus compañeros sus ideas, a obtener satisfactoriamente en su productividad, tiene que dejar todo esto para permanecer más tiempo desocupado en el hogar, circunstancia negativa para él o ella, pues lo hacen sentir como persona inútil y, por lo tanto se produce un aumento de sus incapacidades físicas y mentales.

**Separación de los hijos:** esta es una experiencia más dolorosa regularmente para la madre que para el padre, pues ella es quien ha estado la mayor parte del tiempo al cuidado de sus hijos, y verlos crecer y alejarse es algo que ahonda más sus problemas emocionales, por esta razón para el hombre es más llevadera la separación de sus hijos, pues usualmente esta abatido en su trabajo, esta etapa se da cuando el último hijo abandona el hogar ya sea por casamiento o por independizarse, para algunas otras personas el nido vacío, es salir de la responsabilidad de los hijos en cierta medida una liberación, fuente de satisfacción y logro.

**Muerte:** el sentido de la muerte siempre les ha preocupado a todos los hombres, debido que es algo desconocido no experimentado lo cual ocasiona miedo, la muerte está presente en todos los seres vivos en un niño se sabe que crecerá la idea de muerte es nula, lo que en el anciano es su perspectiva. El hombre ha demostrado



siempre un gran interés en representar a la vida y la muerte, el encontrar el sentido de estas dos situaciones tan variables, mientras la vida encuentra explicaciones científicas, la muerte continúa envuelta en una bruma de angustioso misterio, la muerte para el anciano varía según las circunstancias, ellos la representan, en general, como un proceso dinámico en etapas sucesivas de reacciones diversas frente al mismo hecho. (Hidalgo, 2001, p. 59).

#### **2.16.1.4. CAMBIOS PSICOLÓGICOS**

El periodo involutivo se caracteriza psicológicamente por los esfuerzos que debe realizar el individuo para adaptarse a los cambios biológicos y limitaciones físicas y a las nuevas condiciones de vida que supone el envejecimiento (Roldan, 2007, p.25).

**Adaptación psicológica:** las diversas aptitudes cognoscitivas del individuo se ven afectadas en distinta medida en el proceso de envejecimiento. El descenso de la capacidad intelectual en los ancianos no se produce en función de la cronológica, sino que va ligado a enfermedades y circunstancias psicosociales desfavorables (Roldan, 2007, p.24).

**La memoria:** es fundamental para el aprendizaje, ya que lo que no se puede recordar no existe. La memoria inmediata o de hechos recientes disminuye notoriamente, ello conduce a repetir las mismas preguntas y conversaciones (Roldan, 2007, p.24).

#### **2.16.1.5. CAMBIOS EN LA COMPOSICIÓN CORPORAL**

Uno de los parámetros que más se altera es la composición corporal. El peso alcanza su máximo a los 50 años y luego disminuye. El compartimento de tejido graso sufre un aumento de 15 a 30% entre los 40 y 55 años para luego disminuir a aproximadamente un 20% promedio. Esta acumulación de grasa se localiza principalmente al nivel del abdomen en el varón y en la pelvis y mamas en la mujer, en cambio el tejido celular subcutáneo disminuye, sobre todo a expensas del agua

intracelular; de ahí que tengamos una disminución de la turgencia de la piel, también puede aparecer especial por la acción de la luz solar (Gamarra, 2006, p.21). Con el tiempo se hace más delgada, más seca, más transparente y se vuelve menos elástica, arrugada y de tinte amarillento, por su extensión, la piel es el órgano más susceptible de recibir daño ambiental a través de los años, en adultos mayores presentan púrpura senil. Entre los 30 y los 80 años se pierde un 30 a 40% de la masa muscular,

#### **2.16.1.6. CAMBIOS MUSCULO-ESQUELÉTICOS**

La fuerza muscular disminuye asimismo con los años, “Entre los 30 y los 40 años se alcanza el máximo de altura, disminuyendo luego 5 mm por año a partir de los 50; este cambio es más acentuado en las mujeres” (Vera, 2007, p.15). Se explica por cambios posturales (mayor flexión de cadera y rodillas), disminución de la altura de los cuerpos vertebrales y alteración de los discos intervertebrales. La remodelación de tendones y ligamentos se vuelve más lenta. Los cambios óseos son de particular importancia por sus implicancias clínico- epidemiológicas.

En los hombres la masa ósea es mayor a través de toda la vida y la pérdida de los estrógenos femeninos termina con el efecto inhibitor de éstos sobre los osteoclastos. Se produce osteoporosis (pérdida de la masa ósea con composición normal del hueso) típicamente en caderas, fémures y vértebras. El tejido conectivo disminuye su contenido de colágeno y los fibroblastos reducen su recambio. Por pérdida del soporte elástico, los traumatismos pueden provocar la ruptura de vasos capilares apareciendo trasvasación de sangre, con menor degradación. También puede aparecer osteomalacia (falla en la calcificación de la matriz ósea y acumulación de hueso no calcificado) lo cual se asocia a déficit de vitamina D” (Vera, 2007, p.15).

### **2.16.1.7. CAMBIOS EN EL SISTEMA DIGESTIVO**

“Se produce una disminución de la capacidad de percibir los sabores dulces y salados. Los dientes presentan retracción de los recesos gingivales, reducción de la pulpa dental por mala perfusión y consecuente reducción de la inervación” (Gamarra, 2006, p. 23). Hay una disminución fisiológica de la producción de saliva y atrofia de la mucosa periodontal, lo que lleva a mayor facilidad de traumatismo y lesiones dentales.

El debilitamiento del diafragma hace más frecuente la existencia de hernias hiatales. A nivel de esfínter anal hay disminución de la elasticidad de las fibras lo cual puede derivar en incontinencia fecal. La capacidad de metabolización hepática es menor, provocando cambios en la farmacocinética de muchas drogas” (Vera, 2007, p.21).

### **2.16.1.8. CAMBIOS EN EL SISTEMA RESPIRATORIO**

Junto al envejecimiento aparecen alteraciones anatómicas y funcionales del sistema respiratorio. Los cartílagos costales presentan calcificaciones y la columna a menudo presenta cifosis marcada, con aumento del diámetro anteroposterior del tórax, por lo que la distensibilidad de la caja torácica disminuye. Disminuye la elastina de la pared bronquial, así como el colágeno. Hay aumento de la secreción mucosa con un aumento relativo de las células caliciformes. El esfuerzo espiratorio independiente de la voluntad disminuye por pérdida de elasticidad del pulmón, el esfuerzo espiratorio dependiente de la ventilación disminuye en la medida que se pierde fuerza muscular de los músculos respiratorios (Gamarra, 2006, p.26).

### **2.16.1.9. CAMBIOS EN EL SISTEMA CARDIOVASCULAR**

El corazón aumenta su tamaño y peso, presentando alrededor de los 70 años aumento del grosor de ambos ventrículos como respuesta a la resistencia periférica elevada del adulto mayor. El endocardio se adelgaza difusamente, las válvulas presentan calcificaciones. El tejido excitoconductor tiene pérdida progresiva de su actividad marcapasos; por ejemplo, a los 75 años sólo hay un 10 a 15% del número de células marcapaso del nodo sinoauricular que normalmente tiene una persona de 20 años, por lo tanto, es mucho más frecuente la aparición de arritmias en el adulto mayor (Gamarra, 2006, p. 26).

“Las arterias se comprometen por depósitos de lípidos, lo que deriva en cambios aterotrombóticos y riesgo de cardiopatía coronaria y eventos embólicos. El incremento de las presiones sistólicas y diastólicas con la edad es un hecho cuestionable, se atribuye a una disminución de la elasticidad arterial y a un aumento de la presión arterial. Aunque la anemia se asocia al envejecimiento, una adecuada nutrición y la ausencia de enfermedades que lleven a esta condición deberían evitar su aparición” (Vera, 2007, p.22).

### **2.16.1.10. CAMBIOS EN EL SISTEMA NERVIOSO**

Se afecta de manera importante con el paso del tiempo. “El peso cerebral disminuye con la edad y el flujo sanguíneo cerebral se reduce en un 20%, produciendo alteraciones de los procesos de autorregulación de flujo. La mielina disminuye, al igual que la densidad de conexiones dendríticas, enlenteciendo el sistema. Los receptores de catecolaminas, serotonina y opioides se reducen. Estos cambios en los neurotransmisores y sus receptores no se traducen necesariamente en cambios intelectuales y conductuales, sino que es el conjunto de modificaciones lo que provoca dichas variaciones” (Vera, 2007: 23). La arquitectura del sueño se altera con reducción de la fase 3 y en especial de la fase 4 de sueño profundo, con lo cual

se observa dificultad en la conciliación del sueño, despertar precoz, reducción del número de horas de sueño y disminución del efecto reparador del mismo (Alvarado, 2014, p.22)

#### **2.16.1.11. CAMBIOS EN LA AUDICIÓN Y OÍDO**

En el oído externo se produce acumulación de cerumen que dificulta la audición. A nivel de oído medio se produce adelgazamiento de la membrana timpánica y pérdida de su elasticidad, así como disminución de la eficiencia en la conducción del sistema de huesecillos; estos cambios provocan pérdida de audición por alteración de la conducción que afecta principalmente las tonalidades bajas” (Gamarra, 2006, p.27).

#### **2.16.1.12. CAMBIOS EN LA VISIÓN Y OJO**

La órbita pierde contenido graso y produce efecto de ojos hundidos. “La córnea pierde transparencia y depósitos de lípidos producen el “arco senil”. La pupila reduce su diámetro y el iris disminuye la capacidad de acomodación por fibrosis de sus elementos musculares. El cristalino aumenta su tamaño y se vuelve más rígido, frecuentemente aparecen cataratas por depresión en la actividad de los fenómenos de deshidratación del lente. A nivel de retina se reduce la fagocitosis de pigmentos, produciéndose acumulación de ellos, hay marcada reducción de los conos con pérdida de la agudeza visual con los años” (Vera, 2007, p. 26).

#### **2.16.1.13. CAMBIOS EN LA MEMORIA**

Es afectada sobre todo la de tipo reciente, es decir la memoria a corto plazo. “Al envejecer la memoria semántica (que permite comprender y expresar el lenguaje se altera poco a nada) así como la fluidez verbal y la memoria episódica o autobiográfica. La inteligencia cristalizada (representativa de la experiencia) se acrecienta, mientras la inteligencia fluida (la capacidad de adaptación) merma

ligeramente. Conforme las personas envejecen, se preocupan más por los olvidos. Sin embargo, mantienen la capacidad de recordar detalles asociados, por ejemplo: Una persona cuyo nombre no recuerdan, pero si su cercanía o su actividad” (Velázquez, 2011, p.32).

## **2.17. CLASIFICACIÓN DEL ADULTO MAYOR**

### **2.17.1. PERSONA ADULTA MAYOR INDEPENDIENTE O AUTOVALENTE**

“Es aquella persona capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria: Comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse, así como también las actividades instrumentales de la vida diaria, como cocinar, limpiar la casa, comprar, lavar, planchar, usar el teléfono, manejar su medicación, administrar su economía, con autonomía mental” (Giraldo, y Franco, 2006, p:38); y carece de problemas mentales o sociales graves y relacionados con su salud.

### **2.17.2. PERSONA ADULTA MAYOR FRÁGIL**

Es quien tiene alguna limitación en realizar todas las actividades de la vida diaria básica, es decir conserva su independencia precariamente y tiene alto riesgo de entrar a una situación de dependencia.

Generalmente es una persona que, aun teniendo una o dos enfermedades de base, puede valerse por sí misma gracias a que conserva un correcto equilibrio con su entorno social, familia y sí mismo. “Es independiente en el desarrollo de sus tareas básicas pero en el desarrollo de tareas instrumentales más complejas (por ejemplo, conducir un coche por un periodo prologado) puede necesitar ayuda” (Giraldo y Franco, 2006, p.38); La principal característica en este perfil es el riesgo a volverse dependiente o tener una situación continuada de discapacidad. Tiendo alto riesgo de generar síndromes geriátricos.

### **2.17.3. PERSONA ADULTA MAYOR DEPENDIENTE O POSTRADA (NO AUTOVALENTE)**

Es aquella persona que requiere del apoyo permanente de terceras personas. Es decir que presenta una o más enfermedades crónicas y evolucionadas que intervienen directamente en un estado de discapacidad. “Son dependientes para realizar las actividades cotidianas básicas y presentan una alta incidencia de enfermedad neurodegenerativa o mental”, hay progresión a la dependencia y presenta más esfuerzos en la atención sanitaria. (Alvarado 2013 p: 20)

## **2.18. LA FAMILIA EN EL CUIDADO DE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR**

### **2.18.1. DEFINICIÓN DE FAMILIA**

La familia es un grupo de personas unidas por vínculos de parentesco, ya sea consanguíneo, por matrimonio o adopción que viven juntos por un período indefinido de tiempo. Constituye la unidad básica de la sociedad (Alvarado, 2013: 28). La unión familiar asegura a sus integrantes estabilidad emocional, social y económica. Es allí donde se aprende tempranamente a dialogar, a escuchar, a conocer y desarrollar sus derechos y deberes como persona humana.

La familia en la sociedad tiene importantes tareas, que tienen relación directa con la preservación de la vida humana como su desarrollo y bienestar. Las funciones de la familia son:

- **Función biológica:** Se satisface el apetito sexual del hombre y la mujer, además de la reproducción humana.
- **Función educativa:** Tempranamente se socializa a los niños en cuanto a hábitos, sentimientos, valores, conductas, etc.
- **Función económica:** Se satisfacen las necesidades básicas, como el alimento, techo, salud, ropa.

- **Función solidaria:** Se desarrollan afectos que permiten valorar el socorro mutuo y la ayuda al prójimo.
- **Función protectora:** Se da seguridad y cuidados a los niños, los inválidos y los ancianos.

La familia en particular, es una fuente primordial de apoyo emocional, social y económico para los miembros de edad avanzada, y aun cuando han sufrido cambios y modernizaciones, no significa que haya perdido la capacidad de apoyar a sus viejos. Este apoyo se mantiene incluso cuando ellos viven separadamente (Alvarado, 2013, p.28).

Aunque existen casos en que su afán de ayudar a los adultos mayores se convierte en sobre protectores, subestimándolos como individuos responsables. En consecuencia muchos de los conflictos que se presenta es por el desconocimiento que tiene cada miembro de la familia acerca del proceso que está viviendo la persona que no es de su generación, alterando su salud física, mental y social.

## **2.19. TEORÍAS DE APOYO SOBRE EL CUIDADO A PERSONAS MAYORES**

### **2.19.1. TEORÍA DE LA PERCEPCION**

(Oviedo G., 2004, p.24). En un estudio denominado “La definición del concepto de percepción en Psicología con base en la Teoría Gestalt”, Oviedo definió a la percepción como una tendencia al orden mental, la cual determina la entrada de información, a partir de lo cual se construyen abstracciones mentales, tales como juicios, categorías, conceptos, entre otros.

Refiere que es un proceso de extracción y selección de información relevante para cada individuo, encargado de generar un estado de claridez y lucidez consciente



que permita el desempeño dentro del mayor grado de racionalidad y coherencia posibles con el mundo circundante.

Para efectos del presente estudio, se constituye necesario enunciar esta teoría, en virtud que lo estudiado es precisamente obtener conocimiento y descripción acerca de la percepción de los hijos de padres adultos mayores con respecto a una temática específica, que corresponde al apoyo hacia estos, en distintas formas: instrumental, emocional y material.

### **2.19.2. TEORÍA DE LA MODERNIZACIÓN**

(Araníbar, 2001, p.25), La teoría de la modernización busca explicar el sentido actual del envejecimiento de la población, en virtud de postular que la existencia de factores que acompañan al proceso de modernización, tales como la disminución de la mortalidad, el aumento de las expectativas de vida, la disminución de la fecundidad, la extensión de la educación, la sustitución del modelo de familia extensa por el modelo nuclear, la incorporación de la mujer al trabajo, el proceso de urbanización y globalización en su conjunto están produciendo un efecto cuyo resultado es la disminución de la valoración social hacia la adultez mayor.

De acuerdo a esta teoría, a medida que aumenta el grado de modernización de las sociedades, disminuye la valoración social de la etapa de adultez mayor por parte de los individuos que las componen.

Es importante mencionar que esta teoría, está orientada eminentemente a la cultura occidental, ya que representa mayoritariamente los contextos y realidades de dicha cultura en relación al envejecimiento de la población. Intentamos explicar la conducta de los adultos mayores y de la sociedad hacia ellos, aun cuando reconoce la diversidad de realidades (Araníbar, 2001: 26).

Es preciso aludir a esta teoría, para explicar el contexto del aumento sustancial de los adultos mayores y la respectiva conducta de la sociedad hacia ellos. En esta investigación, servirá de contraste para la percepción que presenten los hijos con respecto al apoyo hacia sus padres en la etapa de vida referida.

### **2.19.3. TEORÍA DE LA MOTIVACIÓN HUMANA**

Según (Maslow , 1943, p.6). Dicha teoría es conocida como la pirámide de necesidades planteada por el psicólogo Abraham Maslow, teoría que define una jerarquía de necesidades humanas, la cual argumenta que a medida que los individuos van satisfaciendo las necesidades más básicas, irán desarrollando nuevas necesidades y deseos más elevados.

En el contexto de este estudio, se efectuará el contraste de las percepciones de los hijos con respecto al apoyo hacia sus padres adultos mayores a la luz de las necesidades de seguridad y protección que estos presentan a dicha edad.

A continuación, se mencionan algunas de las necesidades de esta fase: Seguridad física, es decir un hogar en el cual habitar; y seguridad de salud, que incluye asegurar el bienestar físico y emocional de sus padres. (Arraigada, 2012, p.27)

- Seguridad de recursos, que implica disponer de elementos para sobrevivir con dignidad.
- Necesidad de proteger tus bienes y tus activos (en este caso bienes de propiedad de los padres adultos mayores).

### **2.19.4. TEORÍA DEL APOYO**

(Cobb S., 1976) La presente teoría indica que los beneficios del apoyo social, ofrece a los individuos información (percepciones) relativa a que son amados,

estimados y valorados como miembros de un grupo social. La idea que subyace a lo anteriormente citado, es que el apoyo en todas sus formas: instrumental, emocional y material, refuerza el sentido de valía y ser querido del individuo, al percibirse así mismo como miembro aceptado de un grupo o de un subsistema. (Arraigada, 2012, p.28)

Así es como el apoyo termina por definirse como una transacción real entre dos o más personas, en la que se da una implicación emocional, una ayuda instrumental, información o valoración.

Se expone que el apoyo incluye dos aspectos: la conexión social y la interacción de ayuda y así también dos dimensiones: una objetiva y otra subjetiva. La dimensión objetiva recoge aspectos de instrumentalización, tales como el apoyo instrumental, operacionalizado en el acompañamiento y el apoyo material categorizado como la ayuda económica y material en este estudio; la segunda dimensión hace referencia a los aspectos relativos a la expresión de afecto, categorizado en esta investigación como una forma de apoyo emocional.

### **2.19.5. TEORÍA DE LA ATRIBUCIÓN**

(Heidegger, 1958, p, 165). Es una teoría sobre la forma en que las personas explican el comportamiento de los demás, para ello se establece la existencia de dos factores:

1. Atribución disposicional, caracterizada por constituirse en un factor interno, en la cual se imputa el comportamiento a características como la disposición, motivos, actitudes permanentes y rasgos propios de la persona.
2. Atribución situacional, enmarcada en un contexto externo, en la cual el comportamiento se atribuye los diversos factores que componen el ambiente en el cual se sitúa el individuo.

## **2.20. CALIDAD DE VIDA**

El concepto de calidad de vida aplicado en el presente trabajo corresponde al propuesto por Ferrell y Cols. (1997, p.26), para quienes “La calidad de vida es una evaluación subjetiva de los atributos bien sean positivos o negativos que caracterizan la propia vida y que constan de cuatro dimensiones; el bienestar físico, bienestar psicológico, bienestar espiritual y el bienestar social”.

La calidad de vida es un atributo objetivo (evaluada por un observador) y subjetivo (autoevaluaciones basadas en criterios implícitos), que puede estimarse desde tres perspectivas entre ellas tenemos: la calidad de vida en general, la calidad de vida relacionada con la salud y la calidad de vida específica para cada enfermedad (Garduño, 2005, p. 267).

La calidad de vida es un atributo subjetivo de valoración multidimensional percibido de diferentes formas, la cual puede variar mucho en función de creencias y maneras de afrontamientos. La calidad de vida se puede valorar en la dimensión física, psicológica, social y espiritual.

La calidad de vida es un fenómeno que se afecta tanto por la enfermedad, como por los efectos adversos del tratamiento. Por ser métodos subjetivos de evaluación, se requieren de técnicas de medición rápida, reproducible y confiable (Velarde, 2002, p.349).

El concepto calidad de vida puede ser utilizado para una serie de propósitos, que incluyen la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales e internacionales dirigidas a la población general y a otras más específicas, como la población con discapacidad.

La calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas, que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del "sentirse bien" (Osorio 2001, p.41).

Al reconocer que la calidad de vida es un concepto multidimensional, académicos de diversas disciplinas han propuesto formas alternativas de clasificar sus componentes, que son la base conceptual para los cientos de mediciones alternativas de calidad de vida que existen actualmente.

La calidad de vida comprende también las circunstancias que rodean a las personas. Por consiguiente, se acepta que es un concepto multidimensional, no solamente porque requiere tener en cuenta diversos aspectos de la vida de las personas, sino también porque abarca aspectos externos a los individuos, y las interrelaciones entre unos y otros. Sin embargo, no hay acuerdo sobre cuáles deben ser esas dimensiones, ni cómo deben seleccionarse o ponderarse para tener una medida sintética de la calidad de vida (Lara, 2008, p.108).

El término calidad de vida pertenece a un universo ideológico; sólo tiene sentido en relación con un sistema de valores. Los términos que le han precedido en su genealogía ideológica remiten a una evaluación de la experiencia que de su propia vida tienen los sujetos.

El bienestar físico se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas.

El bienestar social tiene que ver con las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar.

El bienestar psicológico se relaciona con el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento. Por último, el bienestar espiritual abarca el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior (Stefano, 2005, p.125).

## **2.21. PERSPECTIVAS PARA LA INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA**

Según (Mejia 2009); El diseño de una intervención socioeducativa en educación social puede enfocarse por tanto desde diferentes perspectivas (p. 28):

### ***Perspectiva científico-tecnológica***

Derivada el conductismo de Skinner y Watson y aplicada a la Educación Social, es denominada también behaviorista social. Se trata de una visión de la acción social ligada al desarrollo de la ciencia y de la industria, y que estuvo vigente durante el primer cuarto del siglo XX. Desde esta perspectiva se considera que cualquier situación social es susceptible de objetivarse, delimitarse y definirse con gran precisión. Conociendo las necesidades reales de las personas, pueden descomponerse en metas y objetivos muy precisos, que permitan buscar posteriormente los medios para solucionar esas necesidades y lograr de este modo los objetivos. Desde la perspectiva científico-tecnológica se considera que la intervención socioeducativa tiene que entrar a considerar los siguientes aspectos:

- Grado de adecuación a las necesidades de cada persona o grupo.
- Idoneidad de los medios, procesos y métodos para resolver las necesidades de cada persona o grupo.
- Actuaciones pertinentes para superar las necesidades presentadas.
- Grado de eficacia y eficiencia en su diseño y aplicación.

- Conclusiones obtenidas, de forma que la evaluación sirva para mejorar aplicaciones posteriores.

El educador social que trabaja bajo una perspectiva científico-tecnológica suele trabajar en equipo, buscando objetivar la realidad desde el análisis de dicha perspectiva, intentando distanciarse de la realidad para procurarse de una mayor objetividad, utilizando métodos de análisis como: cuestionarios, estudio de casos, etc., y analizando los procesos seguidos para mejorarlos de cara al futuro. (Mejia, 2009, p. 28)

### ***Perspectiva interpretativa interaccionista***

Se inicia con Dewey (1902), desde esta perspectiva, la construcción de un modelo que sirva de base a una intervención socioeducativa necesita comprender la realidad del grupo humano al que va dirigido, y valorarla como paso previo para su aplicación, teniendo en cuenta que cada colectivo tiene unas actitudes, unos valores y una forma de acceder al conocimiento, y por lo tanto una forma diferenciada de reaccionar ante la intervención. Desde esta perspectiva, cada intervención socioeducativa es un proyecto de comprensión e interpretación de la acción, adecuado a la realidad de cada grupo humano. Ello implica un grado más o menos elevado de subjetividad, tanto en la comprensión de la realidad a la que se pretende servir como en su diseño, desarrollo y aplicación (Mejia, 2009, p. 29).

De esta forma se va creando un modelo diferente para cada colectivo que necesita una intervención socioeducativa, entendida como una síntesis de las acciones, micro-cultura, valores y normas de cada grupo. A su vez, hay que propiciar que el grupo se vea enriquecido con las experiencias que cada uno de sus integrantes haya logrado acumular a lo largo de su vida, y que son de muy diversos tipos: de carácter personal, familiar, social, político, laboral, etc.

Bajo esta perspectiva de intervención, el agente de intervención socioeducativa debe conocer previamente las características del grupo al que va a ir

dirigida su actuación hasta llegar a formar parte de este para conocer todos los elementos previos: cultura, valores y normas, etc., como paso previo para poder diseñar una intervención adecuada a cada realidad, aunque teniendo cuidado de no caer en un reduccionismo microcultural que impida el contacto con proyectos de otros grupos humanos que podrían resultar enriquecedores (Mejia, 2009, p. 29).

### ***Perspectiva sociocrítica***

Desde esta perspectiva, el diseño de una intervención socioeducativa constituye un proceso de reflexión crítica con la finalidad de cambiar determinados presupuestos socioeducativos tradicionales considerados como inmutables. El razonamiento que fundamenta las actuaciones de las personas que se enmarcan dentro de esta perspectiva es la finalidad de "transformar los valores existentes en otros que a su juicio promuevan actitudes de justicia, igualdad y crítica social, por considerar que el sistema reproduce valores y esquemas característicos de la clase dominante" (Freire, 1994). Bajo esta perspectiva, el agente de intervención socioeducativa debe propiciar la transformación que se propugna, promoviendo actitudes que redunden en el logro de los valores que se pretenden conseguir (Mejia, 2009, p. 30).

### ***Perspectiva académico-disciplinar***

Desde esta perspectiva, el diseño de una intervención socioeducativa ha de constituir una síntesis de las disciplinas académicas que incorpore, entendidas como programa formativo e instructivo. Para Medina (2001), "la visión disciplinar, la sistematización del conocimiento en disciplinas, es la aportación más adecuada para comprender la práctica educativa y para formarse como futuros ciudadanos". Esta es la perspectiva de intervención más extendida en el ámbito socioeducativo, aunque no hayan faltado voces planteándose algunas cuestiones relativas sobre todo a la dificultad para seleccionar los contenidos a desarrollar, a su organización, a su planificación y programación, etc. Lo fundamental es que el saber académico-disciplinar esté en una apertura constante hacia la mejora y la innovación,



incorporando constantemente elementos nuevos que permitan la actualización científica como base esencial para la armonización con otros elementos socioculturales que, provenientes de los diferentes grupos humanos, sirvan para poder construir un proyecto adecuado a cada realidad socioeducativa (Mejia, 2009, p. 30).

# **CAPITULO III**

# **FORMULACION DEL PROYECTO**

## **CAPITULO III**

### **3.1. DESCRIPCION DEL PROYECTO**

Esta propuesta sobre el apoyo socioeducativo para cuidadores de Adultos Mayores del macro distrito Max Paredes; es una innovación que mejora la calidad de vida de los cuidadores y Adultos mayores, realizando actividades de intervención destinados a cuidadores tanto familiares como cuidadores independientes (formal e informal). Estas actividades dentro de un marco comunitario, reúnen a jóvenes, niños, adultos medios, adultos mayores y familiares que realizan el cuidado de una persona de la tercera edad.

Pretende también desarrollar acciones que promoverá la movilización de grupos; enfermeras, gerontólogos, psicólogos, pedagogos, etc. Estas actividades facilitarán una ocupación significativa del tiempo libre, integrando estrategias de habilidades sociales de comunicación interpersonal y de cuidados, además de participación y aprendizaje.

Este programa socioeducativo proporciona un apoyo socioeducativo para los cuidadores de adultos mayores, para hacer frente a las muchas problemáticas que presentan sobre la técnica o actividad de cuidado o atención que se debe realizar a un adulto mayor dependiente, así también como las posibles soluciones, estrategias y recursos para hacer frente a estos problemas.

Por último, este programa presenta como diseño la Investigación acción-participativa; ya que permite conocer y actuar sobre el problema, en este caso la propia comunidad de sujetos afectados por el problema, además este diseño permite la participación y la comprensión de las necesidades y aplicación de una estrategia de intervención que responda a las necesidades de la problemática.

### **3.1.1. OBJETIVO GENERAL**

- ❖ Ofrecer a los cuidadores del macro distrito Max paredes; un conjunto de recursos y herramientas que faciliten su labor diaria de cuidado del adulto mayor dependiente.

### **3.1.2. OBJETIVO ESPECIFICO**

- ❖ Instruir a los cuidadores, técnicas que les permita sobrellevar los procesos de cuidado hacia el adulto mayor, proporcionando oportunidades de intercambio emocional y proveerles de información útil.
- ❖ Establecer vínculos de comunicación entre el adulto mayor, familia, cuidador mediante la implementación de técnicas recreativas como apoyo para el proceso de cuidado de los adultos mayores.
- ❖ Potenciar su cuidado su auto cuidado y mejorar la calidad de vida de las familias que se encuentran en esta situación.
- ❖ Diseñar un programa socioeducativo para cuidadores de adultos mayores del macro distrito Max Paredes de la ciudad de La Paz.

## **3.2. BENEFICIARIOS**

### **Beneficiarios directos**

Cuidadores (informales), que realizan el cuidado de adultos mayores del macro distrito Max paredes de la ciudad de La Paz.

Familiares que realizan el cuidado de adultos mayores del macro distrito Max paredes de la ciudad de La Paz.

### **Beneficiarios indirectos**

Enfermeras, educadores, gerontólogos que se dedican al cuidado de adultos mayores dependientes.

La sociedad en general ya que es un deber como personas apoyar y cuidar a nuestros adultos mayores en caso de que padezcan alguna deficiencia física o psicológica.

### **3.3. ALCANCES DEL PROYECTO**

Los alcances de este programa socioeducativo, es de incentivar tanto al cuidador informal, como voluntario; el apoyo social, emocional y educativo sobre el cuidado especial que debe tener un adulto mayor dependiente.

A las familias, ya que son el único soporte de cuidado que presentan los adultos mayores.

A los jóvenes, que por medio este proyecto, permitirán conocer las debilidades que presentan nuestros adultos mayores, y poder apoyar en alguna institución no lucrativa que se dedican al reposo y cuidado de adultos mayores.

A las instituciones gubernamentales, para hacer conocer que nuestros cuidadores de adultos mayores presentan un trabajo arduo y complejo sobre el cuidado especial que brindan al adulto mayor.

### 3.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INTERVENCION

La Técnicas del proyecto de intervención son las siguientes:

Técnicas para facilitar el cuidado	Objetivos
Técnica de marcha acompañada de cara	Mantener la capacidad de marchar en frente para trayectos cortos en aquellas personas que empiezan a perder la capacidad de caminar.
Técnica de subir y bajar varios escalones en silla de ruedas	Apoyar a la persona a equilibrar su cuerpo con la silla de ruedas
Técnica de vuelta lateral en cama	Colocar a la persona que esta postrada de frente en la posición lateral conforme para facilitar la higiene.
Técnica Paso de cama a una silla de ruedas	Bordear y o abrazar con las manos todo el cuerpo para poder sentar a la silla de rueda.
Técnica Paso de silla a un inodoro	Abrazar al Adulto con todo el cuerpo con la finalidad de desplazarlo hacia el inodoro u otro espacio (se puede ayudar con un disco giratorio).
Técnica Enderezamiento en el sillón	Colocar a la persona en el sillón después de que haya resbalado progresivamente hacia el borde del mismo.
Técnica de Higiene en la cama y cambios de sabana	Efectuar directamente un aseo completo en la cama y posteriormente mantener a la persona con la cama limpia y sin arrugas en la sabana. (es bueno el uso de barandillas)
Técnica Lavado de cabellos en la cama	El objetivo de esta técnica es el lavado de cabello en la cama
Técnicas de relajación	Permitir equilibrar el cuerpo y la mente para favorecer el equilibrio para mantener la salud física mental y emocional.
Técnicas de acciones recreativas	El objetivo de esta técnica es de buscar la creación, expresión y comunicación del cuidador atreves del ritmo, que mejorara las relaciones con el Adulto mayor.
Técnicas paliativas para manejar el dolor y prevención de caídas	Mejorar la funcionalidad y reducir el riesgo de caídas en los adultos mayores que presenten su equilibrio alterado.
Técnicas de psico estimulación, integral y musicoterapia	Propiciar el desarrollo y mantenimiento físico y psicológico mediante la enseñanza de rutinas de música, que fomenten el bienestar integral social para el fortalecimiento de estilos de vida saludables.

Fuente: Elaboración propia (2017)

### **Instrumento**

Se describen a continuación los instrumentos elaborados y utilizados como parte del programa de apoyo socioeducativo.

#### ✓ **Hojas de informe de Evaluación**

Las hojas de evaluación son instrumentos que se utilizarán cada semana, para la evaluación, el rendimiento, y los problemas que aquejan a los cuidadores (Ver anexo).

#### ✓ **Hojas de Observaciones**

Las hojas de observación son instrumentos para la evaluación de las actividades que se realizarán en todo el proceso del proyecto (Ver anexo).

#### ✓ **planilla de sesiones sobre las actividades**

En esta planilla se describirán las técnicas que se utilizarán para realizar su seguimiento del programa.

### **3.5. RECURSOS HUMANOS**

#### **Grafico n° 14**

##### **Descripción de los Recursos Humanos**

<b>Profesión u oficio</b>	<b>cargo</b>	<b>Remuneración</b>
Tesista	Expositora de la carrera de Ciencias de la Educación de la UMSA	ninguno
Personas de apoyo	Lo necesario para apoyar el programa	ninguno
<b>Total</b>		<b>0.00</b>

Fuente: Elaboración propia (2017)

### 3.6. RECURSOS MATERIALES

Para la implementación del programa, se necesitará los diferentes materiales y o enseres para su uso y consideración del mismo, en este sentido a continuación se describirá lo siguiente:

#### Grafico n° 15

##### Descripción de los materiales

<b>Materiales físicos</b>	<b>Cant.</b>	<b>Precio</b>
Papel bond 75 gr.t/carta	20 und.	10.00
Bolígrafos negro o azul	20 und.	30.00
Pizarra acrílica	1 und.	facilitado
Marcadores delgados negros	1 und.	4.00
Cámara fotográfica digital	1 und.	propio
Cámara filmadora	1 und.	propio
Laptop portátil	1 und.	Propio
Data show portátil	1 und.	fletado
<b>Total</b>		<b>44.00 bs.</b>

Fuente: Elaboración propia (2017)

#### **Otros gastos a complementar**

#### Grafico n° 16

##### Descripción de Gastos

<b>Descripción</b>	<b>Unid.</b>	<b>Precio</b>	<b>1 sem.</b>	<b>2 sem</b>	<b>3 sem,</b>	<b>precio</b>
refrescos	60		20	20	20	60.00
Queque y/o empanada	60		20	20	20	60.00
Otros gastos	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	0.00
<b>Total</b>						<b>120.00 bs.</b>



Fuente: Elaboración propia 2017.



### 3.7. RECURSOS FINANCIEROS

En este apartado se describe la totalidad del requerimiento tanto físico, recursos humanos como otros suministros, del cual se aplicará en el proceso del programa.

**Grafico n° 17**  
**Descripción de Gastos**

<b>Financiamiento</b>	<b>1ra. sem.</b>	<b>2da. Sem.</b>	<b>3era. Sem.</b>	<b>Sub total</b>
Requerimiento de Materiales				44.00
Requerimiento de Recursos Humanos				00.00
Merienda	40	40	40	120.00
Otros gastos a complementar	20	20	20	60.00
<b>Total</b>				<b>224.00</b>

Fuente: Elaboración propia (2017).

### 3.8. PLAN DE TRABAJO

Grafico nº 18

	Técnicas	Materiales	Responsable	1era Sem	2da. Sem.	3era Sem	Resultados esperados
<b>TECNICAS SOBRE EL CUIDADOS A LA PERSONA ADULTA MAYOR</b>	Técnica de marcha acompañada de cara y cuerpo	<p>Para la implementación de las técnicas se requerirá los materiales como ser:</p> <p>Una silla Una colchoneta Sábanas Un Bañador</p> <p>Y enseres de limpieza de cuerpo</p>	<p>La disertación estará realizada Por una egresada o Lic. de Ciencias de la Educación</p>	X			<p>Los resultados esperados de los técnicas se basan en el enriquecimiento tanto teórico como practica para el buen manejo de cuidado que se debe realizar a un adulto mayor.</p>
	Técnica de subir y bajar varios escalones en silla de ruedas.			X			
	Técnica de vuelta latera en cama			X			
	Técnica Paso de cama a una silla de ruedas.			X			
	Técnica Paso de silla de rueda a un inodoro				X		
	Técnica Enderezamiento en el sillón				X		
	Técnica de Higiene en la cama y cambios de sabana				X		
	Técnica Lavado de cabellos en la cama				X		
	<b>CUIDADOS ALTERNATIVOS</b>			Técnicas de relajación	<p>En este técnica se requerirá los materiales como ser una radio, un disco de relajación, colchoneta</p>		
Técnicas de acciones recreativas				X			
Técnicas de estimulación, integral y musicoterapia				X			

Elaboración Propia (2017).

### 3.9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO

Grafico nº 19

	ACTIVIDADES	Mayo										Junio				
		1era. semana					2da. semana					3era. semana				
		Lun.	Mar.	Mier.	Juev.	viern	Lun.	Mart.	Mier.	Juev.	viern	Lun.	Mart	Mier.	Juev.	viern
<b>CUIDADOS A LA PERSONA ADULTA MAYOR</b>	Técnica de marcha acompañada de cara y cuerpo		x													
			x													
	Técnica de subir y bajar varios escalones en silla de ruedas.		x													
			x													
	Técnica de vuelta latera en cama				x											
				x												
	Técnica Paso de cama a una silla de ruedas.					x										
					x											
	Técnica Paso de silla de rueda a un inodoro						x									
							x									
Técnica Enderezamiento en el sillón							x									
							x									
Técnica de Higiene en la cama y cambios de sabana									x							
									x							
Técnica Lavado de cabellos en la cama									x							
									x							
<b>CUIDADOS ALTERNATIVOS</b>	Técnicas de relajación												x			
													x			
	Técnicas de acciones recreativas													x		
														x		
Técnicas de estimulación, integral y musicoterapia														x		
														x		

Elaboración propia (2017).

# PLAN DE ACCION DEL PROYECTO

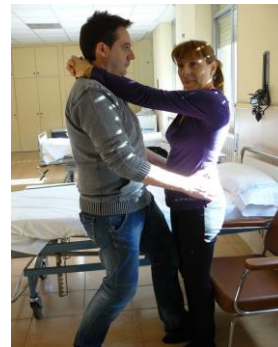
### 3.10. PLAN DE ACCION DEL PROYECTO

#### CUIDADOS A LA PERSONA ADULTA MAYOR

##### Técnica de Marcha acompañada de cara (persona y cuidador de pie)

###### Procedimiento

- ❖ Los dos de pie caminan oscilando a derecha a izquierda.
- ❖ Colóquese delante de la persona ofrézcale sus antebrazos. como punto de apoyo mantenga siempre el apoyo por debajo del nivel de la cintura de la persona.
- ❖ Apoye los codos sobre la zona pélvica para estabilizar los puntos de agarre.
- ❖ Indique a la persona que empiece a caminar.
- ❖ Utilice los agarres de los antebrazos para guiar controlar y acompañar a la persona.
- ❖ Tire hacia usted con la punta de los dedos los codos de la persona.
- ❖ El peso del cuerpo debe recaer en un pie y en el otro de forma alternativa.
- ❖ Adáptese al ritmo de la persona adelantando los pies al mismo tiempo que ella.



**PROGRAMA DE APOYO SOCIOEDUCATIVO PARA CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES DEL  
MACRO DISTRITO MAX PAREDES  
PLANILLAS DE SEGUIMIENTO**

**CUIDADOS A LA PERSONA ADULTA MAYOR**

**Mes/semana:** 1era semana

<b>Actividad</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>INSTRUMENTOS</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>Marcha acompañada de cara (persona y cuidador de pie)</b>	El objetivo de esta técnica es el mantener capacidad la marcha aun presente para trayectos cortos en aquellas personas que empiezan a perder la capacidad de caminar.	Una tabla o mesón, dos sillas y una colcha	1 Hora. Por sesión	Tuvieron algunas complicaciones al levantar del mesón a la persona voluntaria.

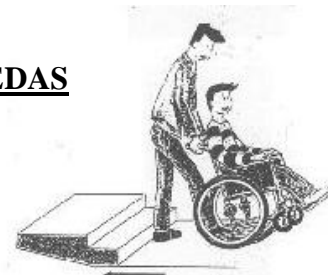
<b>Nombre del Responsable :</b>		
<b>Fecha:</b>		

Elaboración propia (2018).

## SUBIR VARIOS ESCALONES EN SILLA DE RUEDAS

### **Procedimiento**

- ❖ Se sienta a la persona en la silla de ruedas.
- ❖ Cuando existen varios escalones se realizará la acción siempre de espaldas y es necesaria la colaboración de dos cuidadores.
- ❖ Situar la silla de ruedas de espalda a la escalera.
- ❖ El cuidador uno se situará unos escalones más arriba y agarrará fuertemente las asas de la silla presionando hacia abajo hasta colocarla a dos ruedas.
- ❖ El cuidador dos se situará delante de la silla y agarra por los pedales.
- ❖ Se subirá la silla deslizándola por los peldaños nunca a pulso.
- ❖ El cuidador uno jalara de la silla para arriba y para así mientras que el cuidador dos le empujara para adelante.



### Bajar varios escalones en silla de ruedas

- ❖ Cuando exista varios escalones se recomienda realizar la acción siempre de cara y con la colaboración de dos cuidadores.
- ❖ El cuidador uno sujeta los pedales delanteros y el cuidador dos controla la caída de la silla.
- ❖ Con la silla de ruedas de cara a la escalera, el cuidador uno se colocará en los escalones inferiores agarrando la silla por los pedales delanteros.
- ❖ El cuidador dos, se situará en el nivel superior sujetándolo por las asas y presionara fuertemente hacia abajo.
- ❖ El cuidador uno, elevara los pedales hasta colocar la silla a dos ruedas.
- ❖ Al mismo tiempo el cuidador dos cuando presione las asas hacia abajo puede ayudarse con el pedal, si necesita.
- ❖ El cuidador dos empuja el pedal con el pie.
- ❖ Deslizar la silla escalón por escalón nunca a pulso sujetando por las asas traseras y por los pedales delanteros.
- ❖ Al llegar al final se nivelará la rueda dejando caer ligeramente la silla hacia adelante.



**PROGRAMA DE APOYO SOCIOEDUCATIVO PARA CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES DEL  
MACRO DISTRITO MAX PAREDES  
PLANILLAS DE SEGUIMIENTO**

**CUIDADOS A LA PERSONA ADULTA MAYOR**

**Mes/semana:** 1era semana

<b>Técnicas</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>INSTRUMENTOS</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Subir Varios escalones en silla de ruedas  Bajar varios escalones en silla de ruedas	El objetivo de esta técnica es de mejorar el traslado de la silla de rueda por las escaleras	Silla de ruedas	1  Hora. Por sesión	Presentaron temor y duda al bajado con la silla de rueda

<b>Nombre del Responsable :</b>		
<b>Fecha:</b>		

Elaboración propia (2018).



## TÉCNICA DE VUELTA LATERAL EN CAMA

### **Procedimiento**

- ❖ La persona está en cama.
- ❖ La persona está mirando el techo.
- ❖ Póngase frente a la cama con las piernas flexionadas y la espalda recta.
- ❖ El brazo contrario al cuidador sobre la almohada y el otro sobre el pecho.
- ❖ Coloque los brazos de la persona para facilitar el giro y coloque las almohadas al lado del pecho y entre las rodillas.
- ❖ Prepárese para iniciar el desplazamiento con las piernas flexionadas.
- ❖ Coloque las manos en la cadera y el hombro y empuje hacia adelante estirando las piernas hasta que la persona este de lado.
- ❖ El movimiento de la persona se consigue utilizando el peso del cuerpo del cuidador hacia adelante, pasando de la postura de flexión de la rodilla a la extensión de las mismas
- ❖ Una vez llegado asegúrese que la persona está estable sobre la cama colocando las caderas y los hombros para ofrecer más comodidad.



**PROGRAMA DE APOYO SOCIOEDUCATIVO PARA CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES DEL  
MACRO DISTRITO MAX PAREDES  
PLANILLAS DE SEGUIMIENTO**

**CUIDADOS A LA PERSONA ADULTA MAYOR**

**Mes/semana:** 1era semana

<b>Técnicas</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>INSTRUMENTOS</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Técnica de vuelta lateral en cama	El objetivo de esta técnica es el de colocar a la persona que esta tumbada en la cama en posición lateral confortable para facilitar la higiene de la persona o colocación de pañales almohadas cabeceros y sábanas.	Una tabla o mesón, dos sillas y una colcha	1 Hora. Por sesión	ninguna

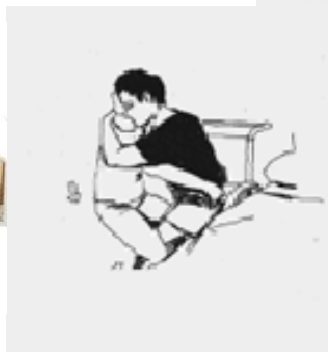
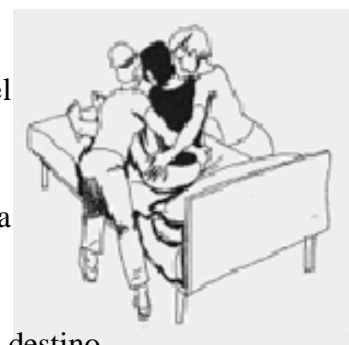
<b>Nombre del Responsable :</b>		
<b>Fecha:</b>		

Elaboración propia (2018).

## PASO DE CAMA A SILLA DE RUEDAS

### Procedimiento

- ❖ Es necesario que la persona pueda sostenerse por sí sola sentada en la cama y con las ruedas paralela.
- ❖ Es conveniente que la cama y la silla estén al mismo nivel y recuerde retirar el brazo de la silla de rueda para facilitar el paso.
- ❖ Colóquese delante de la persona con las piernas dobladas y la espalda plana.
- ❖ Con un pie adelantado entre las piernas de la persona y el otro más atrasado cercano a la silla.
- ❖ Abraze a la persona bajo los brazos con una mano a la altura del hombro y la otra en la parte baja de la espalda con la cabeza dirigida hacia la silla.
- ❖ El cuidador debe desplazar el peso de su cuerpo hacia atrás para despegar a la persona de la cama.
- ❖ Haga que la persona también le abraze.
- ❖ Gire sobre la punta de los pies para orientar hacia el asiento del destino.
- ❖ La posición y la acción del cuidador deben mantenerse durante toda la maniobra.
- ❖ Para evitar cargar con todo el peso del cuerpo de la persona.
- ❖ Al acabar el giro asegúrese que la persona quede bien sentada con las nalgas atrás y bien apoyada en el respaldo.



**PROGRAMA DE APOYO SOCIOEDUCATIVO PARA CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES DEL MACRO DISTRITO MAX PAREDES  
PLANILLAS DE SEGUIMIENTO**

**CUIDADOS A LA PERSONA ADULTA MAYOR**

**Mes/semana:** 1era semana

<b>Técnicas</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>INSTRUMENTOS</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Paso de cama a silla de ruedas	El objetivo de esta técnica es de sentar a la persona a la silla de ruedas	Silla de ruedas, una mesón o tabla y silla	1 Hora Por sesión	En esta técnica presentaron muchos problemas desde el levantamiento hasta el traslado a la silla de ruedas.

<b>Nombre del Responsable :</b>		
<b>Fecha:</b>		

Elaboración propia (2018).

## PASO DE SILLA DE RUEDAS A SILLÓN

### **Procedimiento**

- ❖ Así como retirar el brazo de la silla de ruedas para facilitar el paso.
- ❖ Colóquese delante de la persona con las piernas flexionadas y la espalda plana.
- ❖ Con un pie adelantado entre las piernas de la persona y el otro más atrasado cercano al sillón.
- ❖ El pie avanzado está entre las piernas de la persona.
- ❖ Abraze a la persona bajo los brazos con una mano a la altura del hombro y la otra en la parte baja de la espalda con la cabeza dirigida hacia la silla.
- ❖ El cuidador debe desplazar el peso de su cuerpo hacia atrás para despegar a la persona de la silla.
- ❖ Gire sobre la punta de los pies para orientarla hacia asiento de destino.
- ❖ al acabar el giro asegúrese de que la persona quede bien sentada con las nalgas atrás y bien apoyada en el respaldo.



**PROGRAMA DE APOYO SOCIOEDUCATIVO PARA CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES DEL  
MACRO DISTRITO MAX PAREDES  
PLANILLAS DE SEGUIMIENTO**

**CUIDADOS A LA PERSONA ADULTA MAYOR**

**Mes/semana:** 1era semana

<b>Técnicas</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>INSTRUMENTOS</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Paso de silla de ruedas a sillón	El objetivo de esta técnica es trasladar a la persona de la silla de ruedas a un asiento es conveniente que la silla y el sillón estén al mismo nivel.	Una silla o asiento y una silla de ruedas	1 Hora. Por sesión	Tuvieron un poco de complicaciones al traslado

<b>Nombre del Responsable :</b>		
<b>Fecha:</b>		

Elaboración propia (2018).

## PASO DE SILLA DE RUEDAS HA INODORO

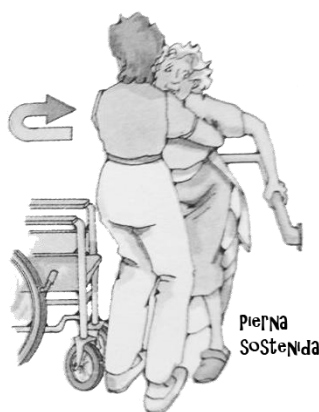
El objetivo de esta técnica es colocar a la persona en el inodoro.

Esta maniobra puede realizarse sin la ayuda del disco giratorio si bien su utilización.

Reduce significativamente el esfuerzo del cuidador.

### **Procedimiento**

- ❖ Primero frene la silla a continuación retire los brazos de la misma para poder desabrochar el pantalón.
- ❖ A las personas que no pueden mantenerse de pie se le retirara un poco el pantalón. haciendo que se muevan a derecha a izquierda.
- ❖ Es necesario que la silla de rueda y el inodoro estén en el mismo nivel.
- ❖ Coloque debajo de las personas el disco giratorio entre la silla de ruedas y el inodoro.
- ❖ Colóquese delante de la persona con las piernas dobladas y la espalda plana.
- ❖ Abraze a la persona bajo los brazos con una mano a la altura del hombro y la otra en la parte baja de la espalda.
- ❖ Haga que también le abraze.
- ❖ Proteger la pierna de la persona más cercana al inodoro con un pie adelantado situado. completamente hacia el disco y colocar el otro pie más atrasado.
- ❖ El pie adelantado entre las piernas de la persona.
- ❖ Desplace el peso de su cuerpo despegar la persona hacia la silla.



**PROGRAMA DE APOYO SOCIOEDUCATIVO PARA CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES DEL  
MACRO DISTRITO MAX PAREDES  
PLANILLAS DE SEGUIMIENTO**

**CUIDADOS A LA PERSONA ADULTA MAYOR**

**Mes/semana:** 2da semana

<b>Técnicas</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>INSTRUMENTOS</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Paso de silla de ruedas ha inodoro	El objetivo de esta técnica es colocar a la persona en el inodoro. Esta maniobra puede realizarse sin la ayuda del disco giratorio si bien su utilización. Reduce significativamente el esfuerzo del cuidador.	Silla de ruedas y una silla	1 Hora. Por sesión	No tuvieron ninguna

<b>Nombre del Responsable :</b>		
<b>Fecha:</b>		

Elaboración propia (2018).



## LEVANTAMIENTO DEL SILLÓN

El objetivo de esta técnica es poner de pie a la persona que está sentada cuando esta mantiene la capacidad de mantenerse en pie por si misma

### **Procedimiento**

- ❖ Colóquese delante de la persona con las piernas flexionadas y la espalda recta y ofrézcale los antebrazos como punto de apoyo para guiarse y acompañar a la persona al levantarse.
- ❖ Mantenga siempre los puntos de apoyo por debajo del nivel de la cintura de la persona.
- ❖ La acción del cuidador debe mantenerse durante toda la maniobra para evitar cargar con todo el peso de la persona.
- ❖ Con la extensión de las piernas ayudara a incorporar a la persona.



## ENDEREZAMIENTO EN EL SILLÓN

### **Procedimiento**

- ❖ Colóquese frente a la persona con las personas flexionadas y la espalda Plana.
- ❖ Ponga un cojín entre sus rodillas y de la persona.
- ❖ Indique a la persona que se incline hacia adelante y abrácela bajo los
- ❖ brazos con una mano a la altura del hombro y la otra en la parte
- ❖ baja de la espalda.
- ❖ haga que la persona le abrace.
- ❖ El cuidador debe desplazar el peso de su cuerpo hacia atrás para
- ❖ despegar a la persona del sillón.
- ❖ Empuje hacia adelante las rodillas para acomodar a la persona en el sillón.
- ❖ levante los talones poniéndose de puntillas.
- ❖ mantenga flexionada las rodillas durante toda la maniobra para evitar soportar todo el peso de la persona.
- ❖ debe evitar levantar a la persona hacia arriba para no cargar todo el peso de su cuerpo.



**PROGRAMA DE APOYO SOCIOEDUCATIVO PARA CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES DEL  
MACRO DISTRITO MAX PAREDES  
PLANILLAS DE SEGUIMIENTO**

**CUIDADOS A LA PERSONA ADULTA MAYOR**

**Mes/semana:** 2da semana

<b>Técnicas</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>INSTRUMENTOS</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Levantamiento del sillón.  Enderezamiento en el sillón	El objetivo de esta técnica es poner de pie a la persona que está sentada cuando esta mantiene la capacidad de mantenerse en pie por si misma	Un sillón o silla	1  Hora. Por sesión	ninguna

<b>Nombre del Responsable :</b>		
<b>Fecha:</b>		

Elaboración propia (2018).

## HIGIENE COMPLETA EN CAMA

### Procedimiento

- ❖ Se estira a la persona en cama mirando al techo.
- ❖ Es conveniente disponer una temperatura ambiente de 25 ° grados y proteger el colchón con una funda impermeable.
- ❖ Retire de la cama la colcha y las mantas puede dejar la almohada si la persona va estar más cómoda.
- ❖ Quite el camisón o pijama manteniendo siempre las sabanas de arriba sin ser retirada del todo se puede sustituir por una toalla grande queda con el torso desnudo.
- ❖ Empezar lavando los ojos con agua templada siempre desde la parte más interna hacia el exterior.
- ❖ Lavar a continuación la cara y el cuello, en los hombros el afeitado se realizará antes del lavado de cara.
- ❖ Lavar a continuación la cara y el cuello, en los hombres el afeitado se realizará antes de lavar la cara.
- ❖ Seguir lavando tórax axilas y brazos enjabonar y enjuagar muy bien el jabón cuando permanece en el cuerpo sin ser enjuagado reseca mucho la piel puede llegar a producir picones.
- ❖ La cuidadora frota todo el cuerpo para eliminar los restos de jabón.
- ❖ El ejercicio pasivo que el cuidador realiza cuando hidrata la piel impide la aparición de contracturas y mejora la circulación sanguínea.
- ❖ Con las manos untadas con crema la cuidadora aplica un suave masaje con movimientos circulares.
- ❖ Seguir quitando el pijama sin retirar del todo la sabana
- ❖ Las partes del cuerpo que lo permitan como ser las manos y pies se deben introducir y lavar dentro de una bañera, con agua templada debemos dejar el pie en remojo, esto refresca mucho a la persona y nos facilita el corte de uña.

Se acaba secando los pies a la persona con cuidado



**PROGRAMA DE APOYO SOCIOEDUCATIVO PARA CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES DEL  
MACRO DISTRITO MAX PAREDES  
PLANILLAS DE SEGUIMIENTO**

**CUIDADOS A LA PERSONA ADULTA MAYOR**

**Mes/semana:** 2da semana

<b>Técnicas</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>INSTRUMENTOS</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Higiene completa en cama	El objetivo de esta técnica es el de efectuar un aseo completo directamente en la cama.	Un mesón o colchoneta, 2 sábanas,	1 Hora. Por sesión	Tuvieron muchas complicaciones en la realización de la higiene completa

<b>Nombre del Responsable :</b>		
<b>Fecha:</b>		

Elaboración propia (2018).

## CAMBIO DE SABANAS EN CAMA

El objetivo de esta técnica es mantener con la cama limpia y sin arrugas.

### **Procedimiento**

- ❖ Si la persona tiene un bajo nivel de conciencia y solo hay un cuidador, es aconsejable el uso de barandillas.
- ❖ Colóquese al lado de la cama.
- ❖ Coloque al paciente siempre cubierto con la sabana de arriba hacia a un lado.
- ❖ El cuidador se colocará en el lado libre de la cama y sacara debajo del colchón la sabana sucia que tiene que enrollarse y colocarse a lo largo de la espalda del paciente.
- ❖ Tome después la sabana limpia ajustando los bordes por debajo del colchón y enróllele sobre si misma junto a la sucia a lo largo de la espada de la persona.
- ❖ Ayude a la persona a girarse hacia la otra mitad de la cama por encima de la ropa sucia y limpia retire la sucia y extienda muy bien sin dejar arrugas.
- ❖ Ayuda a al apersona a volver al centro de la cama en la posición inicial mirando al techo.
- ❖ La sabana limpia superior se extenderá sobre la sucia mientras la persona le sujeta se retira la sucia tirando por abajo.
- ❖ Ponga la almohada con la funda limpia.
- ❖ Vista a la persona con un camisón limpio y coloque mantas y colcha.
- ❖ Una vez hecha la cama doble la manta por la zona correspondiente a los pies para evitar que presione demasiado.



**PROGRAMA DE APOYO SOCIOEDUCATIVO PARA CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES DEL  
MACRO DISTRITO MAX PAREDES  
PLANILLAS DE SEGUIMIENTO**

**CUIDADOS A LA PERSONA ADULTA MAYOR**

**Mes/semana:** 2da semana

<b>Técnicas</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>INSTRUMENTOS</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Cambio de sábanas en cama	El objetivo de esta técnica es mantener con la cama limpia y sin arrugas.	Un mesón o colchoneta, y dos sábanas	1 Hora. Por sesión	Hubo muchas preguntas en caso de que un adulto mayor este saliendo de una cirugía como sería el cambiado de sábana.

<b>Nombre del Responsable :</b>		
<b>Fecha:</b>		

Elaboración propia (2018).

## LAVADO DEL CABELLO EN CAMA

El objetivo de esta técnica es el lavado el cabello en cama

### **Procedimiento**

- ❖ La persona estar acostado en la cama mirando hacia el techo para facilitar que su cabeza sobresalga fuera de la cama.
- ❖ Coloque a la persona lo más cómoda posible se necesitará la ayuda de un segundo cuidador que sostendrá la cabeza de la persona fuera de la cama.
- ❖ Coloque un bañador apoyado de una silla o mesa a la misma altura del colchón.
- ❖ Utilice agua caliente, proteja los hombros con una toalla de baño y coloque la toalla pequeña sobre los ojos.
- ❖ Humedezca el cabello y aplique una pequeña cantidad de champú realizando suaves masajes con las yemas de los dedos comenzando por la parte de la frente y continuando hasta la zona posterior del cuello.
- ❖ Enjuague muy bien echando el agua con una jarra y asegúrese siempre de que el agua caiga sobre el bañador.
- ❖ Peine el cabello y séquelo con el secador.
- ❖ Por último, retire las toallas y compruebe que la cama no esté húmeda.



**PROGRAMA DE APOYO SOCIOEDUCATIVO PARA CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES DEL MACRO DISTRITO MAX PAREDES  
PLANILLAS DE SEGUIMIENTO**

**CUIDADOS A LA PERSONA ADULTA MAYOR**

**Mes/semana:** 2da semana

<b>Técnicas</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>INSTRUMENTOS</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Lavado del cabello en cama	El objetivo de esta técnica es el lavado el cabello en cama	Un bañador, o recipiente, una silla	1 Hora. Por sesión	Tuvieron complicaciones en el lavado

<b>Nombre del Responsable :</b>		
<b>Fecha:</b>		

Elaboración propia (2018).



# Cuidados Alternativos

## TECNICAS DE RELAJACION

### **La respiración profunda para eliminar las tensiones**

La respiración profunda es la piedra angular de muchas otras prácticas de relajación de otros y se puede combinar con otros elementos relajantes como aroma terapia y la música.



### **Como practicar la respiración profunda.**

La clave para la respiración profunda es respirar profundamente desde el abdomen, obteniendo todo el aire fresco posible para sus pulmones. Cuando respiras profundamente desde el abdomen, en lugar de respiración cortas desde tu parte superior del pecho, inhalas mas oxigeno. La próxima vez que te sientes estresado y respirar profundamente.

### **Procedimiento**

- ❖ Siéntate cómodamente con la espalda recta.
- ❖ Pon una mano en el pecho y la otra en el estomago.
- ❖ Inhala por la nariz. La mano sobre el estomago debe levantarse. La mano en el pecho debe moverse muy poco.
- ❖ Exhala por la boca, expulsando el aire tanto como puedas mientras contraes los músculos abdominales. La mano sobre el estomago debe moverse al exhalar, pero la otra mano debe moverse muy poco.
- ❖ Continúa respirando por la nariz y exhalando por la boca. Trata de inhalar suficiente aire para que la parte baja del abdomen se eleve y contraiga. Cuenta lentamente mientras exhalas.
- ❖ Si tienes dificultades para respirar desde el abdomen mientras estas sentando, trata de acostarte sobre el suelo. Coloca un pequeño libro sobre tu estomago y trata de respirar de manera que el libro se eleve mientras inhalas y caiga mientras exhalas.

**PROGRAMA DE APOYO SOCIOEDUCATIVO PARA CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES DEL  
MACRO DISTRITO MAX PAREDES  
PLANILLAS DE SEGUIMIENTO**

**CUIDADOS ALTERNATIVOS**

**Mes/semana:** 3ra semana

<b>Técnicas</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>INSTRUMENTOS</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Técnicas de relajación	Mejorar el estado de ánimo y emocional del cuidador y los adultos mayores	colchoneta	1 Hora. Por sesión	ninguna

<b>Nombre del Responsable :</b>		
<b>Fecha:</b>		

Elaboración propia (2018).

## **ACTIVIDAD RECREATIVA**

### **REMINISCENCIA**

La reminiscencia constituye el recuerdo sistemático de memorias antiguas: recordar hechos personales en toda su amplitud, ruidos, olores, imágenes, emociones. Es una manera de activar el pasado personal, Las personas mayores tienen muchos recuerdos que van surgiendo a medida que las vamos conociendo, pero nuestra tarea como profesionales se basa en poder facilitar estímulos para activar estos recuerdos.

Estos ejercicios pueden resultar beneficiosos, ya que se nutren de memoria a largo plazo, que se conserva mejor que la memoria a corto plazo.

Pueden usar esta estrategia para compilar un libro de recuerdos con cartas, fotografías, etc., que detalle las experiencias más importantes de la vida de una persona.

Utilizada esta técnica a diario se puede medir cómo está el paciente día a día en el avance de la enfermedad al observar cómo sus recuerdos se están viendo afectados.

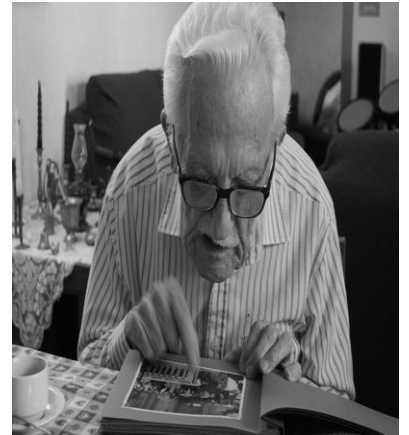
Antes de empezar, hay que tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Tenemos que pensar en actividades que tengan sentido para las personas a las que atendemos; tienen que estar adaptadas a sus capacidades y hacer referencia al entorno en el que han vivido.
- Debemos utilizar material que no infantilice, recursos que hagan referencia a cosas conocidas, a familiares, que hayan utilizado...
- Hay que facilitar al máximo las relaciones interpersonales, crear vínculos, escuchar, dar tiempo, observar...
- Tenemos que evitar actividades que creen ansiedad, angustia, o que dejen a las personas fuera del grupo.
- Nuestras programaciones tienen que ser flexibles y adaptadas y deben poderse modificar en cualquier momento; el propio grupo de personas mayores debe ser el que marque el ritmo.

### **Pongamos un ejercicio para el paciente**

Conteste las siguientes preguntas

- ¿Recuerda cómo era tu amigo cuando usted era niño/a?
- ¿Dónde lo conocía?
- ¿Cómo se llevaba con él?
- ¿Cuál era el trato principal con sus amigos cuando era niño?
- ¿Cuál era su comida favorita?
- ¿Puede recordar cuantos amigos tenia?



Para ellos, podemos incorporar una variedad de actividades para la vida diaria y ejercicios de reminiscencia en el día a día del enfermo de Alzheimer.

A modo de resumen diremos que las actividades de la vida diaria incluyen habilidades como doblar la ropa, llenar sobres, poner la mesa, clasificar los cubiertos y hacer la cama.

Con respecto a los ejercicios de reminiscencia céntrese en el valor de uno mismo. Recordando, hace hincapié en que el enfermo de Alzheimer sigue siendo importante y su vida no ha sido olvidada.

**PROGRAMA DE APOYO SOCIOEDUCATIVO PARA CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES DEL  
MACRO DISTRITO MAX PAREDES  
PLANILLAS DE SEGUIMIENTO**

**CUIDADOS ALTERNATIVOS**

**Mes/semana:** 3ra semana

<b>Técnicas</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>INSTRUMENTOS</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Reminiscencia:  Estimular la memoria autográfica del adulto mayor, recurriendo a etc.	Se pretende potenciar la memoria episódica autobiográfica (los recuerdos personales) y la memoria semántica (conocimientos de datos históricos relevantes)	fotografías	1  Hora. Por sesión	ninguna

<b>Nombre del Responsable :</b>		
<b>Fecha:</b>		

Elaboración propia (2018).

## **MUSICOTERAPIA**

La musicoterapia es una técnica que nos sirve de refuerzo y nos acompaña cuando estamos sufriendo momentos difíciles a cualquier edad, además mejora la salud del paciente.

Se recurre a esta técnica para reducir la tensión muscular, la sensación de dolor, la ansiedad y el estrés que padecen, así como para ayudar a los pacientes a afrontar psicológicamente y físicamente la enfermedad y a mejorar la comunicación con la familia y amigos.

**La medicina con música** consiste en escuchar música (actualmente música grabada) para desviar la atención del dolor.

### **Ejercicio “escuchar música grabada de forma activa”**

Un reproductor de música, puede utilizar auriculares, con ellos se puede enfocar mejor la atención y, además evita molestar a otras personas.

Una grabación de música que te guste. Su música favorita que más le guste.

### **Pasos:**

Marca el ritmo de la música, por ejemplo, con un dedo moviendo la cabeza.

Prueba con otro tipo de música.

si estas muy cansado, puedes dedicarte solo ha escuchar música sin marcar el ritmo no fijar su mirada en un puto.

**PROGRAMA DE APOYO SOCIOEDUCATIVO PARA CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES DEL MACRO DISTRITO MAX PAREDES  
PLANILLAS DE SEGUIMIENTO**

**CUIDADOS ALTERNATIVOS**

**Mes/semana:** 3ra semana

<b>Técnicas</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>INSTRUMENTOS</b>	<b>TIEMPO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Musicoterapia	Mejorar el estado emocional del cuidador y de los adultos mayores.	Una parlante y cds	1 Hora. Por sesión	ninguna

<b>Nombre del Responsable :</b>		
<b>Fecha:</b>		

Elaboración propia (2018).

**CAPITULO IV**

**RESULTADOS**

**DEL**

**PROYECTO**

**PLANTEADO**



#### 4.1. RESULTADOS

Cuidar a un adulto mayor no siempre es fácil, ya que a menudo presenta cambios en su conducta o comportamiento, haciendo cada vez más difícil la interacción con él, es por eso que el cuidador debe conocer la manera de afrontar las situaciones difíciles de comportamiento y a la vez tratar de buscar la mejor solución.

El resultado de las técnicas que se realizó en un espacio brindado del macro distrito Max Paredes, fueron muy óptimas tanto para los asistentes y la gente que se acoplaba. En la primera semana de actividades muchas de los asistentes estuvieron alentadas para aprender cómo debería ser el cuidado especial para los adultos mayores; y en el transcurso de las actividades realizaron muchas preguntas como ser: *¿Cómo debo agarrar en caso de que no se movilice mi papa...?* indicaba doña Rosmery *¿Cómo debo apoyar mis piernas en el caso de que le alce de de cama...?* decía doña Luisa; *¿Cómo debo agarrar y apoyar con el pie la silla de ruedas para bajar los escalones...?* indicaba la María; al finalizar las actividades de la primera semana quedaron satisfechas por esperar la siguiente semana.

Los resultados de segunda semana, en la participación de los asistentes fueron con sus hijos, ya que indicaron que cuando no se encuentran ellos, lo dejan al cuidado de los nietos; por ello se realizaron actividades donde participan los jóvenes y se hizo la demostración del traslado de la silla de ruedas a la cama o al sillón, además como trasladar de la silla de ruedas al inodoro a la persona que no se pueda movilizar con las piernas, en esta actividad hicieron preguntas de que si tuviera un apoyador o barra acoplado en la pared, y el apoyo de las piernas para bajar al inodoro entre otros. Asimismo se realizó la técnica del cambiado de sabana y limpieza o aseo del paciente en donde la demostración fue de manera ilustrativa

Por las técnicas que se realizaron, una gran mayoría de los asistentes quedaron muy satisfechos por el aprendizaje que tuvieron en el transcurso de la semana sobre el

cuidado a un adulto mayor dependiente. Hubieron muchas preguntas de las cuales se les respondió de acuerdo a las técnicas que se les presentó, además se les mostró como apoyo un video para que tengan mayor conocimiento sobre este trabajo que realizan muchos de los asistentes cuidadores y población en general.

En la tercera semana y último del programa, se organizó en grupos de 10 personas con el objetivo de recrear técnicas de recreación, para que de alguna manera ellos lo reproduzcan en casa; primeramente se trabajó la técnica de relajación en donde se disertó como podrían trabajar en casa como apoyo para ellos mismo y del adulto mayor; posteriormente se realizó una demostración con todos los presentes: en esta actividad se les pidió que se sentaran y que alzaran las manos respirando profundamente y exhalando y que estuviesen callados cerrando los ojos (...); finalizando esta pequeña actividad quedaron muy agradecidos y satisfechos, ya que lo implementarían en su casa o espacio de cuidado. En el tercer día se disertó la musicoterapia y como esta técnica, les ayudaría a mejorar su estado de ánimo por la preocupación que muchos de los familiares que pasan por el estado de salud que se encuentran sus parientes. De igual manera que el anterior se hizo una actividad en sala en la que todos participaron y hubo muchas risas entre medio, terminando la actividad agradecieron por que les ayudó a olvidarse de las preocupaciones y problemas que pasan en el diario vivir.

Por último se realizó la técnica de reminiscencia de la que muchos participantes realizaron preguntas y en que les ayudaría esta técnica, se les explicó e indicaron que lo implementarían en su casa como distracción para el adulto mayor postrado en cama. Al finalizar el programa se les preguntó a los participantes, si tenían alguna duda, hubieron muchas preguntas y se les respondió a todos en su mayoría, de tal modo que se concluyó estas actividades con los resultados satisfactorios; y que les ayudaría en gran parte a los cuidadores para aplicar en sus hogares y así mejorando su calidad de vida de los adultos mayores y de los que realizan el cuidado.

# **CAPITULO V**

# **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## **5.1. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

El objetivo general de este proyecto era ofrecer a los cuidadores del macro distrito Max paredes; un conjunto de recursos y herramientas que faciliten su labor diaria de cuidado del adulto mayor dependiente, dirigido a cuidadores de familiares mayores dependientes. En entendido, se hizo un gran esfuerzo para diseñar un programa breve, en el que, no obstante, se trabajo específicamente con todos los aspectos afectados en los cuidadores, previamente identificados en la Fase de diagnostico. Por considerar que este tipo de intervenciones puede constituir una alternativa interesante para poblaciones tan saturadas y sobrecargadas de tareas, en las que la propia asistencia a las sesiones puede suponer un notable esfuerzo, como es el caso de los cuidadores. En este sentido, la propuesta del programa de apoyo socioeducativo ha sido de beneficio para muchos de las personas que realizan este trabajo extenso.

Para la valoración del programa, éste se aplicó en el diagnostico una herramienta que nos ayudo a identificar mejor el problema; con una muestra de cuidadores, entre los que, como suele ser habitual en los trabajos con cuidadores tanto fuera como dentro de nuestro país, predominaban las mujeres de mediana edad, fundamentalmente hijas de la persona cuidada. Probablemente son varias las razones que puedan mediar este hecho, pero una de las más importantes es quizás que este tipo de cuidadores sea más proclive a acudir a pedir ayuda, en general, y ayuda psicológica, en particular. Para solicitar ayuda primero hay que reconocer que se necesita y segundo saber dónde hacerlo. Los cuidadores amas de casa, hermanas o con menor nivel de estudios son más proclives a considerar que no necesitan ayuda o que al menos no se encuentran tan mal como para solicitar ayuda profesional; Acudir a un especialista es algo que consideran inadecuado para su trabajo. Por su parte, los cuidadores con mayor formación y que trabajan fuera del hogar pueden ser más conscientes de la necesidad de ayuda para superar las dificultades en general, y las relacionadas con el cuidado en particular, también conocen mejor los recursos sociosanitarios y ven la asistencia profesional de manera menos estigmatizante que otros tipos de cuidadores.

Resulta interesante observar que los cuidadores cada vez más van “delegando” ciertos cuidados hacia cuidadores formales (la mayor parte de las veces retribuidos por la propia familia), ya que algo más de la mitad de los participantes del programa indicaban que contaban con algún tipo de ayuda ya que no sabían cómo era el cuidado de un adulto mayor dependiente. Además conviene recordar que cuando los cuidadores trabajan fuera del hogar, cosa que ocurre en casi la mitad de los participantes, les resulta en ocasiones imposible poder atender al familiar con toda la intensidad que requiere, con lo que contar con ayuda formal no es una opción sino prácticamente la única solución posible.

En cuanto a los objetivos específicos se realizó la orientación sobre las técnicas de cuidado y como sobrellevar la situación, proporcionándoles intercambio de emociones ya que se veían afectados en su salud, su bienestar y se sienten inexpertos de afrontar esta responsabilidad. Asimismo se sentían agobiados por las exigencias de cuidados llegando a presentar ansiedad y frustración.

En cuanto al segundo objetivo; se fortaleció los vínculos de comunicación entre el cuidador y el adulto mayor, implementando las actividades recreativas como relajación, musicoterapia y reminiscencia; todo con el propósito de mejorar la calidad de vida del cuidador y el adulto mayor. Se considero a la mujer como la principal cuidadora, y ha sido a ella que se le proporciono conocimientos y logros.

En cuanto al tercer objetivo, se potencio el autocuidado de los cuidadores, preservando su salud emocional y física. El porcentaje alto de cuidadores familiares con ocupación en el hogar, dedicados a trabajos independientes y no ser los únicos cuidadores impactan positivamente en la calidad de vida en las dimensiones física y social. Compartir el cuidado con otros familiares, permite recibir capacitaciones y participar en actividades de apoyo mediante, estrategias grupales o profesionales.

Como personas el sumergirnos más allá del tema adulto mayor nos hace reflexionar de la importancia que implica cubrir las necesidades básicas y afectivas que este sector de población, así como también cuidar de él y protegerlo para impactar en su bienestar social.

A través de la experiencia del trabajo con los cuidadores familiares nos compromete para seguir apoyando en beneficio del bienestar de este sector vulnerable. ya que es importante señalar que el adulto mayor tiene miedo a envejecer, a la soledad, a que lo dejen solo, temor a ser olvidados y es aquí donde comienza un reto por alcanzar su bienestar tanto de los por los familiares como los cuidadores formales.

Por ello en nuestro país la mayoría de los programas de apoyo social y educativo en este campo son de tipo observacional y transversal en el tiempo, siendo más escasos los estudios longitudinales o de seguimiento. Sería deseable introducir en nuestro campo de estudio, programas alternativos de intervención para apoyar problemas que no son apoyados por el gobierno.

**En conclusión del proyecto, los cuidadores están en capacidad de:**

- Potenciar la autonomía del dependiente.
- Brindar atención a los beneficiarios en forma adecuada potenciado la flexibilidad en el trato personal del paciente con su entorno.
- Capacidad de trabajo en equipo tanto hermanos, hijos y demás.
- Acompañamiento con una actitud de comprensión y escucha.
- Respetar la autonomía de la persona destinada del cuidado.
- Actitud participativa apuntando a favorecer la autoestima de la persona destinaria del cuidado.
- Tolerancia ante eventuales situaciones de frustración personal en caso de alejamiento, discapacidad o muerte de la persona destinataria del cuidado.

- Manejo de una situación dificultosa del dependiente.
- Proteger la salud emocional del adulto mayor.
- Procurar que el anciano se encuentre en las mejores condiciones físicas y psíquicas.
- Cuidados de la limpieza e higiene de un adulto mayor dependiente,
- Manejo de sus emociones del adulto mayor.

## **5.2. RECOMENDACIONES**

De acuerdo a los hallazgos obtenidos en el presente programa se realizan las siguientes recomendaciones:

Las instituciones gubernamentales deben liderar y apoyar a las instituciones que adelanten programas dirigidos a los cuidadores familiares, como estrategia tendiente a mejorar la calidad de vida de los mismos.

Reevaluar y redireccionar de acuerdo a las necesidades, los programas actuales dirigidos a los cuidadores familiares, que permitan brindar cuidados y orientación acorde a las necesidades y evitar el agotamiento de los cuidadores.

Diseñar programas educativos para los cuidadores familiares de pacientes con enfermedad de Alzheimer antes del egreso hospitalario, que permita valorar y fortalecer las debilidades existentes apoyando las actividades de cuidado de los cuidadores en el hogar. Esto permitiría proporcionar conocimientos relacionados con la patología y habilidades en los cuidadores, y por consiguiente reducir el estrés y ansiedad generada por el desconocimiento en su rol.

Motivar a los cuidadores familiares en el fomento del autocuidado con el apoyo institucional del gobierno, como pilar fundamental en el cuidado de su familiar.

Realizar investigaciones cuantitativas y cualitativas, relacionadas con la calidad de vida de los cuidadores familiares, que permitan relacionar los datos obtenidos en los

instrumentos utilizados, con miras ahondar aun más en esta problemática en nuestro país donde estos estudios no se evidencian.

Se sugiere profundizar, la realización de investigaciones centradas en programas de intervención, dirigidos a los cuidadores familiares, para evitar que se generen problemas psicológicos, físicos y emocionales.

Generar nuevos conocimientos en este radio de acción, que permitan mantener un nivel de cuidados con competencias que generen estrategias de acción acorde a las necesidades de la población, contribuyendo en mejorar la calidad de vida de los cuidadores.

Seguir propiciando trabajos interdisciplinarios investigativos y programas de apoyos educativos e intervencionistas.

Establecer convenios docente asistenciales con Fundaciones de Apoyo, que permitan implementar programas de cuidados y que contribuyan a resolver los problemas y satisfacer las necesidades de los cuidadores familiares detectados en las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales reportadas en el estudio, tales como: Educación, apoyo, asesorías, fortalecimiento, manejo de los síntomas físicos, entre otros



### 5.3. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- Alvarado D. (2014). Nivel de agotamiento que presentan los cuidadores familiares del adulto Mayor frágil. Tesis. Facultad de medicina. E.A.P. enfermería. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Centro de atención Del adulto mayor “Tayta Wasi”. Lima – Perú.
- Arias, C. (2001). Red de apoyo social y bienestar psicológico en las personas de edad. Tesis magíster en psicología social. Facultad de Humanidades. Universidad de Bogotá Colombia.
- Arriagada M. (2012). Apoyo Emocional, Instrumental y Material Hacia el Adulto Mayor: “Una percepción desde los Hijos”. Tesis para optar al grado de Magister en Familia. Facultad de Educación y Humanidades Departamento de Ciencias Sociales. Concepción. Chile.
- Araníbar, P. (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Serie Población. Volumen N° 21. Chile.
- Arriagada, M.,(2012). Tesis para optar al título de Trabajador Social. “Grado de disposición de los hijos con respecto al apoyo hacia sus padres adultos mayores”. Universidad Católica de la Santísima Concepción, Chile.
- Álvarez, R. (2002). Salud pública y medicina preventiva. Manual moderno. 3era Edición. Editorial Arcos. Ciudad de Mexico D.F.
- Barrera, L. (2006). Programa cuidando a los cuidadores. 1ra. ed. Bogotá: Unibiblos. Universidad Nacional de Colombia Facultad de Enfermería. Bogotá Colombia.
- Casado D, L. (2000). Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Colección de estudios sociales. Barcelona: Edit. Fundación “la Caixa”. Madrid España.
- Casado V. (2001). Dependencia y Cuidados de Larga Duración. Situación Actual y Perspectiva de futuro. Fundación La Caixa. Barcelona: Revista de Colección Estudios Sociales.
- Castro, M., (2009). Características sociodemográficas de los cuidadores de Ancianos, Concepción (Chile).

- Corbeil, R. M. (1999). Efectos de la intervención sobre la interacción de la atención de la demencia: Un enfoque de Adaptación. *Revista de envejecimiento y salud*.
- Cobb, S. (1976). Apoyo social y salud a través del curso de la vida. En M.W. (ed.): *envejecimiento desde el nacimiento hasta la muerte*. Prensa Westview
- Crespo, M. (2006). El Apoyo a los Cuidadores de familiares mayores dependientes en el Hogar: Desarrollo del programa “Como mantener su bienestar” Premio IMSERSO. Premios a Estudios e Investigaciones Sociales. Madrid España.
- Díaz J, R. (2005). Cuidando al cuidador: efectos de un programa educativo. Aquichán.
- Duran, M. (2002). Los costes invisibles de la enfermedad. 2ª edición. Bilbao: Fundación BBVA.
- JURADO, L.(2007) .Aproximación a los cuidados informales de enfermos renales crónicos en el complejo hospitalario de Jaén [en línea]. En: *Revista sociedad española de enfermería nefrológica*. Madrid
- Flores J.; García MC, y Gómez MP. (1997). Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos. Pp.3261-272.
- Flores E. Rivas, E. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del Rol del Cuidador Familiar de Adultos Mayores con dependencia severa. Edit. Rivas. pp. 29-41
- Flores JA,. (1997). Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos. *Index Enferm*.
- Ferrell, B.R. y Cools, M (1997). El impacto de la educación sobre el cáncer en los cuidadores familiares de pacientes de edad avanzada. *Foro de oncológico. Nurs*.
- García C. (2011). Estudio cualitativo del perfil del cuidador primario, sus estilos de afrontamiento y el vínculo afectivo con el enfermo oncológico infantil. Tesis doctoral. Facultad de psicología, ciencias de la educación. Barcelona España.

- Gamarra P. (2006). "Atención del Anciano en el Centro de Adulto Mayor ES SALUD". Vol 1. Edit. Red Latinoamericana de enfermería UNMSM. Lima Perú. pp. 15-21
- Giraldo M. Franco C. (2006) Calidad de Vida de los Cuidadores familiares. Tesis en Honoris. Facultad de humanidades. Universidad de Bogotá. Colombia.
- Guillén, A.M. (1998). Regímenes de bienestar y roles familiares: el caso español.
- Gonzales D. E. (2012) "Programa de capacitación y sensibilización dirigido a los adultos mayores, a partir de la sensibilidad del maltrato psicológico". Proyecto de investigación. Facultad de Trabajo Social. Universidad Mayor de San Andrés. La paz – Bolivia.
- Garduño, L. (2005). Calidad de vida y bienestar subjetivo en México. 1a. ed. México: Editorial: Plaza y Valdez. Ciudad de Mexico.
- Guillen. R. y Montoya. A. (1998). Antología de crecimiento y desarrollo tomo 1. México. Pp: 736
- Hidalgo G. J. (2001) El Envejecimiento Aspectos sociales. Optar el grado de Tesis. Facultad de trabajo social. Universidad de Costa Rica. San José Costa Rica.
- Heidegger, M. (1958). La Psicología de las relaciones Humanas, Teoría de la Atribución. El ser y el Tiempo.
- IMSERSO (2005). Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar IMSERSO. Madrid.
- IMSERSO. (2004). Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. IMFORME 2004. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Lambis O. M. (2011). Calidad de Vida de los cuidadores Familiares de los Pacientes con enfermedad de Alzheimer. Maestría en Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D.C.

- Lawton, M. P (1991). Un modelo de dos factores de evaluación y bienestar psicológico. *Diario de Gerontología: ciencias psicológicas*.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Evaluación del estrés y afrontamientos*. ciudad de Nueva York.
- Lara R. C. (2008). *Detección de necesidades de familiares en la atención de pacientes terminales y crónicos en la ciudad de México*.
- Lara D. (2001). Síndrome del “Cuidador” en una población atendida por un equipo disciplinario de atención geriátrica. *Rev. Cubana*
- López Javier. (2006) *El apoyo a los Cuidadores de Familiares mayores dependientes*. Premio a Estudios e Investigaciones Sociales. Instituto de Mayores y Servicios Sociales IMSERSO 1era Edición. Madrid España.
- López O. J. (2007). Aproximación a los cuidados informales de enfermos renales crónicos en el complejo hospitalario de Jaén. *Revista sociedad española de enfermería nefrológica*. Madrid. Recuperado:
- Martínez N. C. (2007) *Organización de un Centro de Día para el Adulto Mayor*. Maestría en Administración. Facultad de Administración de Empresas. Universidad Iberoamericana. México DF.
- Maslow, A. H. (1943). *El Hombre auto realizado: Hacia una psicología del ser*. Kairos.
- Mace, N. L. y Rabins, P. V. (1991). *36 horas al día*. Barcelona: Ancora.
- Mejía G. (2009). *La intervención socioeducativa en Educación Social*. Facultad de educación social y trabajo social. *Revista de intervención socioeducativa*. Universidad Ramon Llull Claraval. Becelona España.
- Rodríguez P. (2005). *El Apoyo Informal en España y la Protección Social a la Dependencia del feminismo a los Derechos de Ciudadanía*. *Rev. Española de Geriatria y Gerontología*.
- SENAMA (2007). *Servicio Nacional del Adulto Mayor*, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Centro de Microdatos de la Universidad de

Chile. “Situación de los cuidadores domiciliarios de los adultos mayores dependientes con pensión asistencial”, Chile.

Simon, M. (2006). El concepto de familia: Una perspectiva socioconstructivista. Tesis doctoral Universidad de la Laguna. Tenerife. España

Osorio, Gloria (2001). Abandono del Adulto Mayor en la casa de la tercera edad Dependiente del Sistema Dif Hidalgo. Tesis inédita en Licenciatura en Trabajo Social, Universidad Estado de Hidalgo. México.

Oviedo, G., (2004). “La definición del concepto de percepción en Psicología con base en la teoría Gestalt. Revista de estudios sociales, volumen n°18, Colombia. Recuperado:  
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=81501809>

Pérez, M. (1997). Dependencia, personas mayores y familias. De los enunciados a las intervenciones. Revista ciencias sociales.

Pérez, A. (2008). Dependencia, cuidado informal y función familiar. Análisis a través del modelo sociocultural de estrés y afrontamiento. Tesis doctoral. Departamento de Psiquiatría, Psicología Médica. Ciudad de Salamanca.

Pinto A. N. (2004). La cronicidad y el cuidado familiar, un problema de todas las edades: Los cuidadores de adultos. Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá- Colombia.

PINTO A, (2010). El cuidador familiar del paciente con enfermedad crónica. En: El arte y la ciencia del cuidado. Bogotá D.C.: Unibiblos, Universidad Nacional de Colombia.

Rivera, J. (2001). Redes familiares en el cuidado del anciano con demencia. Análisis evolutivo de un estudio poblacional. Consejo Económico y Social. Comunidad de Madrid. Madrid- España.

Rodríguez, P., (2004). “Cuidados de larga duración a cargo de la familia” El apoyo informal”. Editorial Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Pág.174

Rodríguez C. (1999) La Protección Social de la Dependencia. Madrid: IMSERSO.

- Roldan M. (2007). Vivencias del adulto mayor frente al abandono de sus familiares en la Comunidad Hermanitas Descalzas: Universidad Nacional de San Marcos. Tesis inédita en licenciatura. Facultad de Medicina. Lima Perú.
- Gamarra P. (2006). “Atención del Anciano en el Centro de Adulto Mayor ES SALUD”. Vol 1. Edit. Red Latinoamericana de enfermería UNMSM. Lima Perú. pp. 15-21
- Sánchez P. D. (2012) Proyecto Mejoramiento de la Calidad de Vida del Adulto Mayor Residente en la Fundación Hogar Geriátrico Luz de Esperanza. Universidad de Santander. Bucaramanga -Colombia.
- Sánchez B. (05, 2005). Cómo cuidar un enfermo en casa. Revista Aquí, volumen (nº 4); p.162.
- Sequeira D. D. (2011) La Soledad en las Personas Mayores Factores Protectores y de riesgo. Evidencias Empíricas en Adultos Mayores Chilenos. Tesis. Facultad de Psicología. Universidad de Granada. Ciudad de Granada.
- SCHWARTZMANN, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. En: Ciencia y Enfermería., vol. 9 no. 2.
- STEFANO, V. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. En: Diversitas: perspectivas en psicología. Universidad de San Buenaventura, Medellín. Vol. 1 no. 2, ISSN: 1794-9998.
- Vargas, (2001). los procesos participativos como construcción en las personas mayores . Buenas Aires. revista virtual margen de trabajo social nº 20.
- Velarde J. E. (2002) Evaluación de la calidad de vida. Revista Salud Pública de México., vol. 44 (no. 4). Recuperado <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/106/10644409.pdf>
- Vera M. M. (2007) “Significado de la Calidad de Vida del Adulto Mayor para sí mismo y para su Familia. En el Centro de Salud Clas Laura Calles Ibérico”. Escuela de Enfermería UNMSM. Lima-Perú.

Valderrama, H. (1997). Historia de los cuidadores de ancianos. Universidad de Salta Argentina.

Zavala M,. (2006) Funcionamiento Social del Adulto Mayor. Ciencias s de la Enfermería. Facultad de Medicina.

Zarit, S. H. (1998). Servicios útiles para la familia: resultados de Investigación y direcciones. Periódico internacional de geriatría psiquiatría.

**ANEXOS**



Anexo nº 1  
**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES**  
**FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACION**  
**CARRERA DE CIENCIAS DE LA EDUCACION**

<u>Hoja de informe y evaluación de las Actividades</u>	observaciones
1. ... 2. ... 3. ... 4. ... 5. ... 6. ... 7. ... 8. ... 9. ... 10. ... 11.	
Nombre y firma del responsable	

Recomendaciones.....  
 .....

Anexo n° 2  
**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES**  
**FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACION**  
**CARRERA DE CIENCIAS DE LA EDUCACION**

<b>INDICADORES</b>	<b>excelente</b>	<b>bueno</b>	<b>satisfactorio</b>	<b>ineficiente</b>
Trabajo coordinado y organizado.				
Aprovecha el tiempo y los recursos en forma adecuada.				
Demuestra participación				
Exponen con claridad entusiasmo.				

Recomendaciones.....  
 .....

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES**  
**FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACION**  
**CARRERA DE CIENCIAS DE LA EDUCACION**  
**CUESTIONARIO DE PREGUNTAS SEMI ESCTRUCTURADAS**

Nombre.....

Sexo.....edad.....

---

**1.- ¿Tiene conocimiento sobre las formas y técnicas de cuidado especial que se le brinda al adulto mayor?**

**SI**

**NO**

**2.- ¿En su distrito o zona desarrollan actividades referidas al cuidado y atención a un adulto mayor?**

**SI**

**NO**

**3.- ¿Cuál de estas acciones ha presentado problema en el cuidado que se le realiza a un adulto mayor dependiente?**

lev. de la cama	
realización del aseo	
traslado de la silla de rueda a la cama	
Sub. y baj. en silla de ruedas	
total	

**4.- ¿Ha dejado de realizar sus labores cotidianas por la intranquilidad de no saber cómo atender a un adulto mayor?**

**SI**

**NO**

**5.- ¿Conoce algunas actividades recreativas como apoyo en el proceso del cuidado que se realiza a un adulto mayor?**

**SI**

**NO**

**6.- ¿Cree que para llevar a cabo los cuidados que usted realiza necesitaría mas información especializada de la que presenta?**

**SI**

**NO**

**7.- ¿Te gustaría aprender técnicas educativas de cuidado como apoyo para el cuidado de adultos mayores?**

**SI**

**NO**

**8.- ¿Te gustaría aprender alguna técnica recreativa que mejore su estado de ánimo del adulto mayor en el proceso del cuidado que Uds. le brinda?**

**SI**

**NO**

**9.- ¿Participarías en actividades socioeducativas para mejorar las formas de cuidado y atención que se le brinda al adulto mayor?**

**SI**

**NO**

## ANEXO 4

### Disertacion de las actividades a las personas que cuidan a un adulto mayor.

Grafico n° 20



En este grafico se está explicando las formas de cuidado que se debe realizar a una persona de la tercera edad dependiente.

Grafico n° 21



En este grafico se describe las técnicas de relajación que el cuidador debería realizar.

**Grafico n° 22**



En este grafico se explica las formas de Realizar la musicoterapia en su hogar.

**Grafico n° 23**



En este grafico se explica la técnica de reminiscencia para, mejorar el comportamiento emocional del adulto mayor.

**Grafico n° 24**



En este grafico se agradece por la participación de la asistencia a los participantes.