

**PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EN CUIDADORES FORMALES DE ADULTOS
MAYORES EN EL HOGAR MADRE MARCELINA EN BARRANQUILLA**

Linda Alejandra Navia Camacho
ID: 000229870

Proyecto de Grado
Modalidad: trabajo social, para optar al título de:
PSICÓLOGO

Supervisor (a)
Nancy Viviana Lemos Ramírez



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA
Escuela de Ciencias Sociales
Facultad de Psicología
Marzo 2019

Tabla de contenido

Capítulo 1.....	3
Introducción	3
Capítulo 2	4
Información de la Institución	5
Justificación.....	6
Capítulo 3.....	7
Objetivos	7
Referente Conceptual	9
Capítulo 4.....	17
Metodología	13
Población.....	19
Instrumentos	19
Capítulo 5.....	19
Cumplimiento de Objetivos	20
Discusión.....	31
Conclusiones	32
Recomendaciones	34
Capítulo 6.....	35
Referencias.....	35
Capítulo 7.....	36
Anexos.....	36

Lista de anexos

- Anexo 1. Cuestionario de satisfacción con el programa
- Anexo 2. Consentimiento informado
- Anexo 3. Cuestionario de caracterización del cuidador
- Anexo 4. Cuestionario de caracterización del cuidador

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: PROGRAMA PSICOEDUCATIVO EN CUIDADORES FORMALES DE ADULTOS MAYORES EN EL HOGAR MADRE MARCELINA EN BARRANQUILLA

AUTOR(ES): Linda Alejandra Navia Camacho

PROGRAMA: Facultad de Psicología

DIRECTOR(A): Nancy Viviana Lemos Ramírez

RESUMEN

El siguiente trabajo es la evidencia del desarrollo de las actividades psicoeducativas, las cuales se ejecutó en las cuidadoras del Hogar Madre Marcelina en la ciudad de Barranquilla, se llevó a cabo la aplicación del programa en 12 sesiones, una vez por semana, su duración fue de aproximadamente 40 min. Como instrumento se realizó un cuestionario de caracterización, encuesta de satisfacción, además se tuvo en cuenta la observación. Como resultado se observó niveles de sobrecarga debido a que el 67% de la población permanece 24 horas con el adulto mayor, ocasionando que el tiempo de dedicación a su vida sea menor, este exceso de trabajo afecta su salud ya que, el 48% manifestó sufrir de dolores de cabeza. Por último, se puede concluir que el programa fue exitoso teniendo los datos que se recolectaron en la encuesta de satisfacción y la observación de la población objeto.

PALABRAS CLAVE:

cuidador formal, carga del cuidador, gerontología, geriatría y envejecimiento.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: PSICOEDUCATIVE PROGRAM IN FORMAL CAREGIVERS OF OLDER ADULTS IN THE HOGAR MADRE MARCELINA IN BARRANQUILLA

AUTHOR(S): Linda Alejandra Navia Camacho

FACULTY: Facultad de Psicología

DIRECTOR: Nancy Viviana Lemos Ramírez

ABSTRACT

The following work is the evidence of the development of psychoeducational activities, which was carried out in the caretakers of Hogar Madre Marcelina in the city of Barranquilla, the application of the program was carried out in 12 sessions, once a week, its duration was of approximately 40 min. As an instrument, a characterization questionnaire, satisfaction survey was carried out, and observation was taken into account. As a result, levels of overload were observed due to the fact that 67% of the population remains 24 hours with the older adult, causing the time of dedication to their life to be less, this excess of work affects their health since, 48% said suffer from headaches. Finally, it can be concluded that the program was successful taking the data that was collected in the satisfaction survey and the observation of the target population.

KEYWORDS:

formal caregiver, caregiver burden, gerontology, geriatrics and aging.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

Introducción

En el presente trabajo se evidencia el desarrollo de las actividades psicoeducativas que se realizaron en cuidadores de adultos mayores del Hogar Madre Marcelina en la ciudad de Barranquilla, Colombia. Tanto el diseño pedagógico como los contenidos utilizados se adaptaron de la tesis doctoral de la psicóloga Ana Margarita Espín Andrade, de nacionalidad cubana y cuya investigación se realizó en la misma isla.

Se decidió realizar el programa con los contenidos presentados por la autora antes mencionada, ya que se ajustaban a la población objeto de este trabajo. Durante el desarrollo del documento se evidenciarán las 12 sesiones que se realizaron junto a las cuidadoras del Hogar, se mostrarán por medio de gráficas los datos que se recolectaron a través de la caracterización sociodemográfica que se implementó. De igual manera, se encontrarán los resultados de la encuesta de satisfacción que se aplicó para conocer cómo se encontraba la población, la carga que tenían las cuidadoras en su labor y el tiempo que permanecían junto al adulto mayor.

Por último, se plantean las conclusiones, en las cuales se encontró que el tiempo de dedicación como cuidador es mayor al que tienen en su vida personal. Como resultado de la aplicación del programa se sugiere abordar con mayor profundidad la carga del cuidador y cómo se debe prevenir por medio de la atención temprana y oportuna de las problemáticas que lo acompañan.

Información de la Institución

El Hogar Madre Marcelina es una institución gerontológica, fundada por la congregación Hermanitas de los Pobres de San Pedro Claver, con presencia en 10 países del mundo: Colombia, Ecuador, Venezuela, Panamá, Costa Rica, Nicaragua, El Salvador, Suiza, España e Italia. En Colombia cuenta con 34 instituciones orientadas al cuidado del adulto mayor mientras que en los demás países oscila de una a cuatro entidades.

La congregación Hermanitas de los Pobres de San Pedro Claver inició sus actividades en Venezuela en el año 1889, bajo el nombre de Hermanitas de los Pobres de Maiquetía, a cargo de la Diócesis de Caracas. Tras un par de décadas, y con varias sedes en Colombia y Venezuela, en 1915, el Arzobispado de Cartagena por instrucciones de la sede apostólica, y con la gestión de la madre Marcelina, reconoció la independencia de la congregación bajo la denominación de Hermanitas de los Pobres de San Pedro Claver (Méndez, 1982).

La madre Marcelina (Luisa Marcelina Aveledo Aveledo) nació el 18 de junio de 1874 en Caracas, Venezuela. A la edad de 25 años, en 1899, se unió a la congregación de Hermanitas de los Pobres de Maiquetía. El 13 de febrero de 1912, desembarcó en Puerto Colombia y se trasladó a Barranquilla para formar parte del capítulo de la congregación que funcionaba en esta ciudad, en la que contribuyó al funcionamiento del Asilo San Antonio, fundado en 1908 (Méndez, 1982).

El Hogar Madre Marcelina, inició sus actividades en la década del 60 y recibió su nombre en honor a la fundadora de la congregación de las Hermanitas de los Pobres de San Pedro Claver. La sede, objeto de esta intervención, cuenta con una población residente de 56 adultos mayores, distribuidos en tres tipos de habitación: la más económica, de dimensiones pequeñas con un baño, la siguiente con mayor espacio y a un mayor costo, ofrece dos camas

(para el residente y su cuidadora) y la de mayor tamaño que cuenta con dos camas, mayor espacio y aire acondicionado.

El Hogar cuenta con un protocolo de admisión que incluye valoraciones clínicas, nutricionales y psicológicas, en aras de conocer en profundidad las condiciones en las que ingresa el adulto mayor y los cuidados que requiere. A continuación, se presentan la Misión y Visión que guían las actividades del Hogar:

Misión

La Fundación Hogar Madre Marcelina de la ciudad de Barranquilla es una entidad privada sin ánimo de lucro de las Hermanitas de los Pobres de San Pedro Claver, dedicada al cuidado integral del adulto mayor, orientada bajo el carisma y espiritualidad de su fundadora Madre Marcelina; provista de un talento humano con amplio sentido social, dotada de una infraestructura confortable y excelente ubicación, favoreciendo la convivencia y calidad de vida de los adultos mayores.

Visión

Ser líder en la atención integral de los adultos mayores, en la ciudad de Barranquilla y su área metropolitana, a través de un alto grado de humanización que garantice la satisfacción de nuestros usuarios.

Justificación

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) la población mundial de personas mayores de 60 años pasará de 605 a 2.000 millones en el transcurso de medio siglo. En efecto, la proyección indica que entre 2000 y 2050, la composición porcentual aumentará de 11% al 22%. La OMS reporta que la cantidad de ancianos que no podrán valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo, básicamente por padecer limitaciones de la movilidad, fragilidad u otros problemas físicos o mentales, por ello, necesitarán alguna forma de asistencia a largo plazo.

Por las consideraciones anteriores, en Colombia, de acuerdo con el Ministerio de Protección Social (2013) las proyecciones estadísticas indican que, para el 2050, el total de la población estará alrededor de 72 millones, con una esperanza de vida de 79 años, y con más del 20% de los pobladores por encima de 60 años, lo anterior muestra que la tendencia global señalada se refleja en el caso colombiano.

Frente a este panorama, ¿está Colombia y, específicamente, el hogar promedio colombiano preparado para atender a la población en aumento de adultos mayores? De acuerdo con un informe de Profamilia (2013) el 77,8% de los hogares con hombres viejos y el 74,5% con mujeres viejas, consideran sus ingresos insuficientes, mientras que en conjunto el 25% considera lo contrario. También, señala este informe, que el 54% de las personas mayores de 65 años son económicamente dependientes, lo que se puede explicar por el hecho de que Colombia es uno de los países con menor cubrimiento de la seguridad social en pensiones, solo el 25% de la población de adultos mayores recibe algún tipo de pensión y de ese porcentaje, el 70% no supera los dos salarios mínimos (Profamilia).

Así las cosas, y de cumplirse las proyecciones de crecimiento poblacional y expectativa de vida, el aumento del número de adultos mayores es un hecho, a lo que cabe

sumar las precariedades del sistema pensional y una fuerte informalidad laboral que no deriva en aportes a los fondos pensionales. En este escenario, los hogares geriátricos cobran una especial relevancia, tanto actual como en el futuro, toda vez que acogen a este grupo poblacional indistintamente de su condición social, cabe aclarar que existen hogares que tienen como criterio de inclusión la capacidad monetaria para costear su estadía dentro del establecimiento.

De los anteriores planteamientos se deduce que las investigaciones e intervenciones en este ámbito resultan estratégicas como contribución al acervo de conocimientos que le permita a la sociedad enfrentar el importante desafío que se deriva de los avances en las ciencias de la salud y que se ha traducido en el aumento de la expectativa de vida de la especie humana.

Según lo mencionado, se destaca la importancia que tiene capacitar a las personas encargadas del cuidado de los ancianos. Por tal motivo, el objeto de aplicación de los talleres psicoeducativos fueron las cuidadoras del Hogar Madre Marcelina, ya que se observaron falencias tales como, la comunicación entre compañeras, afianzamiento de su rol, relaciones interpersonales, en los procesos de atención al adulto mayor, seguido de niveles de estrés y cargas en el cuidador.

Objetivos

Objetivo General

Adaptar los contenidos psicoeducativos de la investigación denominada *Estrategia para la intervención psicoeducativa en cuidadores formales de adultos mayores con demencia* a una intervención dirigida a los cuidadores del Hogar Madre Marcelina de Barranquilla, Colombia.

Objetivos Específicos

- Caracterizar la población de cuidadores que atiende a los adultos mayores en el Hogar Madre Marcelina.
- Ejecutar 12 sesiones con los contenidos psicoeducativos adaptados de la investigación denominada *Estrategia para la intervención psicoeducativa en cuidadores formales de adultos mayores con demencia*.
- Medir la satisfacción de las expectativas de los cuidadores con relación a las sesiones que componen la intervención.

Referentes Conceptuales

La gerontología nació en medio del estructural- funcionalismo del mundo occidental, según Curcio (2010), sus orígenes provienen de la biología y la psicología, considera a la sociedad como un organismo biológico con todos sus elementos, como lo son la educación, familia, religión, gobierno, trabajando así de forma integrada para que la sociedad funcione equilibradamente. En el mismo sentido, Achenbaum (1995) menciona que la gerontología hace énfasis en el estudio de problemas como la pobreza, el abandono familiar y la exclusión social, desde esta mirada la vejez y en consecuencia el envejecimiento se relaciona con estados de soledad, aislamiento, pobreza, pérdidas, enfermedad, duelos, jubilación, hecho que da como resultado una concepción negativa de esta etapa de la vida.

Complementando la idea anterior se podría decir que la Gerontología comprende una mirada que integra los aspectos sociales, psicológicos y económicos, en otras palabras, contextuales. Mientras que la Geriatria se enfoca en las enfermedades (patologías) propias del proceso de envejecimiento (Martínez et al. 1999).

Es evidente entonces aclarar el término geriatría, el cual fue presentado por Ignatius Nascher (1907), en su obra menciona que es una rama de la Gerontología y la Medicina que se encarga de atender los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales en la salud y enfermedad de los adultos mayores, Según Achenbaum (1995) el epicentro de estudio de la geriatría está centrado en la enfermedad, en otras palabras, se trata de un modelo orientado específicamente a cuestiones patológicas (enfermedades en la vejez).

Se entrará a discutir un término de suma importancia y empleado muy frecuentemente como lo es la vejez, aunque es preciso aclarar que existe una variación muy amplia en cuanto a esta definición, ya que depende de los lugares, las culturas y sociedades

varia su significado, según Lozano y Guadalupe (1999) dentro de la vejez ocurren cambios biológicos en su organismo y un descenso en la participación social a causa de la edad.

De acuerdo con los razonamientos que se han venido realizando es preciso definir el concepto de envejecimiento, según Lozano y Guadalupe (1999) es un proceso progresivo e inevitable, caracterizado por una disminución en la eficacia del funcionamiento orgánico, así como, en las áreas relacionadas con la capacidad de adaptación, funcionalidad física y mental, cabe resaltar que todos estos cambios se manifiestan en tiempos diferentes en cada uno de los individuos. En este mismo orden y dirección Espín (2010) expone que uno de los problemas que conlleva el envejecimiento en la población está relacionado con el cuidado del adulto mayor, cuando éste se torna dependiente para realizar sus actividades de la vida diaria producto de enfermedades o por déficit asociados al envejecimiento.

Cabe agregar que la calidad de vida según la OMS ((2015), consiste en la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que según la OMS engloba la salud física, el proceso psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

En relación con este último Villaverde et al. (2006) también señalan que las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una vida de calidad varían en función de la etapa evolutiva, es decir, que la percepción de satisfacción se ve influenciada por variables relacionadas al factor edad. En la tercera edad, los estudios han prestado especial atención a la influencia que tiene sobre la calidad de vida, las actividades de ocio y tiempo libre, el estado de salud física, y los servicios que reciben las personas mayores (Villaverde et al. 2006).

Por otra parte, la calidad de vida es percibida desde el punto de vista del individuo, del contexto de la cultura en relación con sus objetivos, expectativas y estándares, así mismo se señala la habilidad de integrarse plenamente a actividades físicas, sociales y psicosociales propias de la edad (Caqueo et al. 2013). Dadas las condiciones que anteceden es importante tener en cuenta que la calidad de vida es un factor constitutivo del desarrollo humano de las personas y de los pueblos, por lo tanto, es necesario propiciarla en forma continua y efectiva (Tripodoro, Veloso y Llanos, 2015).

Se entrará a definir un nuevo concepto que permitirá conocer y entender un poco más sobre el rol del cuidador y como este es visto desde la literatura, se define al acto de cuidar como una relación y un proceso, teniendo en cuenta que no es la mera ejecución de tareas o la realización de procedimientos prescritos por un médico, va más allá de cumplir con el objetivo de cuidar en la enfermedad (Espín, 2010).

Siguiendo con el párrafo anterior, el Ministerio de Salud (2009) define el acto de cuidar como la acción de reciprocidad en el que se ofrece ayuda a cualquier persona hasta que logre la autonomía necesaria para hacerlo sola, o quienes temporal o definitivamente necesitan ayuda en sus necesidades vitales. Así mismo, la carga del cuidador es llamada de tal forma por el conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los cuidadores, generando un alto grado de afectación de ocio, relaciones sociales, amistad, intimidad, libertad y equilibrio personal (Ministerio de Salud).

Se han establecido criterios de clasificación para diferenciar los tipos de cuidador, por un lado, de acuerdo con Espín (2010) se encuentra el cuidado formal y, por el otro, el informal. El cuidador formal es el ofrecido por instituciones y/o organizaciones sociales, sean estatales o privadas; mientras que el cuidado informal ha sido ejercido tradicionalmente por la familia. Esta última, sin duda alguna, es la fuente más importante de apoyo (Espín).

El cuidador informal es un rol desempeñado principalmente por familiares, amigos o vecinos, Flores, García y Sánchez (2011) destacan que usualmente no han recibido capacitación en el cuidado de adultos mayores y tampoco reciben remuneración por su tarea, pero actúan de manera comprometida, mediados por el afecto y una disponibilidad sin límites de horarios. Por otra parte, los cuidadores cumplen un papel fundamental en relación con la funcionalidad y los cuidados del adulto mayor, siendo esta la principal razón para conocer qué aspectos afectan a los cuidadores y qué podría dificultar el cumplimiento de su rol (Flores, García y Sánchez, 2011).

La carga del cuidador se refiere a los problemas físicos, mentales y socioeconómicos que afectan a los cuidadores que tienen a su cargo personas enfermas, y el impacto que conlleva en sus espacios de ocio, equilibrio emocional, amistades, intimidad, relaciones sociales y de libertad. En consecuencia, el cuidador puede experimentar aislamiento social, falta de tiempo para atender su vida privada y alteración de las relaciones interpersonal con el adulto mayor a su cargo y con sus familiares (Espinoza, Miranda y Jofre, 2012).

Aguilar, Jiménez, Sánchez y Ortega (2016), refieren la sobrecarga en el cuidador como la forma en que los cuidadores perciben la salud mental, física y su vida social como el resultado del cuidado que ejerce sobre el adulto mayor. También se puede evidenciar la sobrecarga por medio de problemas físicos como, la cefalea, astenia, fatiga crónica, alteración del ciclo del sueño. Al mismo tiempo se presentan afectaciones psíquicas que se manifiestan en depresión y ansiedad. por tal motivo entre mayor sea la sobrecarga mayor el deterioro en la salud mental y física del cuidador.

La gerontología se fundamenta principalmente en la biología y la psicología, tiene como objeto de estudio las problemáticas sociales como, la pobreza, abandono familiar entre otros, desde esta mirada la vejez y el envejecimiento están relacionados con estados de

soledad y aislamiento generando un concepto negativo en esta etapa de vida. Desde la mirada de diferentes autores el envejecimiento se comprende como un proceso progresivo caracterizado por una disminución en el funcionamiento orgánico. Por todo esto se requiere una persona que tenga las herramientas que permitan mejorar la calidad de vida del adulto mayor, es allí donde el rol del cuidador es necesario, ya que este tiene como labor ayudar en las necesidades vitales del anciano.

Metodología

Para el desarrollo del presente trabajo de grado en modalidad de servicio social, se llevó a cabo la implementación de un programa psicoeducativo en cuidadores de adultos mayores del Hogar Madre Marcelina en la ciudad de Barranquilla, Colombia, adaptando tanto el diseño pedagógico como los contenidos utilizados de la tesis doctoral de la psicóloga Ana Margarita Espín Andrade, tal como se explicó en el apartado de la Introducción del presente documento.

El programa tuvo tres momentos metodológicos: una caracterización de la población objetivo, la realización de 12 sesiones en modalidad de taller (teórico-práctico) y una encuesta de satisfacción de la experiencia pedagógica. Para la realización de la caracterización, se utilizó el formato aplicado por Espín (2010), el cual contó con 18 ítems que indagaban sobre diferentes aspectos como lo son, datos sociodemográficos, intensidad de la jornada laboral y afectación física (Anexo 3).

Un segundo momento, se refiere a la realización de las 12 sesiones, los temas que se llevaron a cabo fueron, las características del envejecimiento, hábitos de vida, problemas de conducta en el adulto mayor, pérdida de memoria, comunicación, prevención y manejo de complicaciones, autonomía, estrés del cuidador, estrategias de afrontamiento, uso y planificación del tiempo, control de las emociones del cuidador, apoyo social y familiar,

cada una de ellas tuvo una duración de aproximadamente 40 minutos y una vez por semana, en horarios de la mañana, iniciando el 23 de mayo y finalizando el 8 de agosto de 2018. A continuación, se describirán cada una de las sesiones, para mostrar un poco el trabajo que se realizó con las cuidadoras, cumpliendo así con el segundo objetivo específico.

Sesión 1

El objetivo de esta primera sesión fue brindar una contextualización del concepto de envejecimiento y la demencia. Se da inicio explicando el contenido del programa y los contenidos que se trabajarían durante 12 semanas, seguido de esto, se les hace entrega del consentimiento informado, presentado en el Anexo 2. Después de haber sido diligenciado este último, se dio el inicio a la primera sesión, abordando temas relacionados con el envejecimiento, con la demencia, tipos y fases, se utilizaron como herramientas de trabajo un video beam en el que se proyectaron diapositivas con la información y videos que sirvieron como una herramienta complementaria.

Sesión 2

En la segunda sesión, se tuvo como objetivo generar estrategias en el manejo de los hábitos de vida del adulto mayor. Se inició hablando sobre la alimentación y cómo ésta varía dependiendo de las necesidades que el adulto mayor tenga, se abordó el tema de higiene y hábitos de sueño, todo esto se desarrolló de manera teórica – práctica, primero se dieron los conocimientos en cada tema y luego se realizaron actividades con imágenes. La actividad consistió en colocar algunas imágenes que representaran hábitos de vida y ellas debían elegir qué foto estaba correcta e incorrecta y explicar el porqué, se utilizaron como herramientas de trabajo un video beam en el que se proyectaron las diapositivas con la información y las imágenes con la actividad.

Sesión 3

En la tercera sesión, se dieron a conocer las conductas negativas en el adulto mayor. La dinámica diseñada se centró en la repartición de tarjetas que, en un lado, tenían escrito nombres de diferentes trastornos psíquicos y conductuales frecuentes en el adulto mayor, mientras que, en el otro, se podía leer la definición del trastorno. Tras repartir las tarjetas, se indicó girar la tarjeta y leer el concepto del trastorno, las causas y consecuencias, luego se repartieron casos en los que se evidenciaban diferentes trastornos. Antes de iniciar, se les formuló una pregunta: ¿Qué haría en ese caso? Cada cuidadora tuvo 10 minutos para leer el caso y contestar. Al finalizar, se socializó la actividad, y se utilizaron como herramientas de trabajo las diferentes tarjetas de cartulina y hojas de papel.

Sesión 4

En la cuarta sesión, se abordaron las causas de la pérdida de memoria en el adulto mayor. Se inició la sesión explicando qué es la memoria, las causas por las cuales el adulto mayor pierde su capacidad de recordar información nueva o antigua, así como la manera en que esto afecta al adulto mayor. También, se utilizó como herramienta de trabajo un video beam donde se proyectó la presentación de diapositivas.

Sesión 5

En esta sesión, se trabajó en la comunicación del cuidador y el adulto mayor. Se inició la sesión pidiendo a las cuidadoras que hicieran un círculo y, dentro del círculo, otro círculo, de tal manera, que quedaran una mirando a la otra. La instrucción fue expresar sentimiento positivos y negativos, el círculo iba rotando, de esa manera todas interactuaban entre sí. Al finalizar se socializaron las impresiones de la actividad.

Sesión 6

En este espacio, se generó un diálogo sobre las enfermedades frecuentes en el adulto mayor. Se dio inicio a la sesión abordando los conceptos de tales enfermedades, se habló sobre cómo prevenirlas y si estaban presentes en los adultos mayores que tenían a su cargo. Del mismo modo, se afrontaron estrategias para el manejo de situaciones difíciles ocasionadas por la enfermedad. Se utilizó como herramienta de trabajo un video beam en el que se proyectaron las diapositivas con la información.

Sesión 7

Se aplicó la técnica de relajación progresiva de Jacobson (Soriano, 2012). Como primer acercamiento, se explicó en qué consistiría la actividad, para luego sugerir a las cuidadoras asumir una postura cómoda y dar inicio al ejercicio. Se utilizó como herramienta de trabajo un equipo de sonido en el que se reprodujo música que facilitara el ejercicio.

Sesión 8

Esta sesión versó sobre el entrenamiento en la prevención y manejo del estrés en el cuidador. En primera instancia, se brindó un marco de comprensión sobre qué es el estrés, cómo se manifiesta, entre otros, esta información se les dio para que tuvieran las bases necesarias para la siguiente actividad. En ella, se les solicitó a las cuidadoras que hicieran cuatro grupos de cinco personas, se prosiguió a entregar a cada grupo un caso que debían leer y dramatizar frente al grupo, otorgando 10 minutos para leer y prepararse. Al finalizar, se socializaron las impresiones de la actividad, abriendo un espacio para que las cuidadoras pudieran hacer catarsis y ofrecer soluciones. Se hizo uso de un video beam donde se proyectó la presentación de diapositivas y hojas con los casos.

Sesión 9

Se trabajó en las estrategias de afrontamiento. Se inició la sesión solicitando a las cuidadoras formar parejas, se les hizo entrega de un caso a cada grupo que debían leer y luego responder a la siguiente interrogante: ¿qué haría para enfrentar esta situación?

Dispusieron de 10 minutos para realizar el ejercicio. La siguiente parte de la sesión consistió en desarrollar un debate en el que cada grupo debía leer su caso y socializar la respuesta que elaboraron en conjunto. La moderadora explicó, entonces, la técnica de reestructuración cognitiva y de solución de problemas. Nuevamente, se asignaron 10 minutos para preparar la respuesta a la misma pregunta inicialmente planteada. Terminado el tiempo, se realizó un debate en el que las participantes contrastaron sus respuestas iniciales (antes de socializar las técnicas de reestructuración cognitiva) con las respuestas posteriores. Para este espacio se utilizaron como herramientas de trabajo un video beam, hojas de papel, presentación en diapositivas y lapiceros.

Sesión 10

Desarrollar habilidades para planificar mejor el tiempo. Se dio inicio a la sesión repartiendo unas tarjetas en las que había diferentes consejos sobre el manejo del tiempo, las tarjetas incluyen actividades de esparcimiento, hobbies, descanso. Cada cuidador lee en voz alta la tarjeta y comenta al grupo si ha tenido en cuenta las actividades mencionadas anteriormente en su vida. Luego se les explican técnicas de planificación del tiempo, se les asignan 15 minutos a las cuidadoras para que de manera individual organicen y planifiquen su tiempo de un día cotidiano, al finalizar se socializa la actividad, se utilizaron como herramientas de trabajo las tarjetas con la información.

Sesión 11

Se trabajó con el grupo en las habilidades para expresar de forma asertiva las emociones negativas. Se dio inicio realizando una actividad rompe hielo, luego se repartieron casos de cuidadores que presentan emociones negativas (ira, tristeza, resentimiento, miedo, culpa), cada cuidador en silencio lee y responde la pregunta ¿Qué sentimiento se percibe? ¿qué hago para controlarlo? Pasados diez minutos, se inició el debate consistente en que cada cuidadora leía su caso y la respuesta que dio a las dos preguntas, generando una interacción de opiniones y experiencias entre las demás cuidadoras. Para dar por terminada la sesión se realiza una técnica de relajación, se utilizaron como herramientas de trabajo hojas de papel y un video beam.

Sesión 12

Desarrollar habilidades para el manejo del entorno familiar y social. Se inició entregando casos de situaciones familiares que surgen frecuentemente por el resultado de cuidar al adulto mayor. Los cuidadores tuvieron diez minutos para leer y dar respuesta a la pregunta planteada ¿Cómo se debería actuar en este caso? Seguido de una socialización.

Al finalizar la lectura, se moderó la socialización de las respuestas de cada una de las cuidadoras, durante la actividad surgieron anécdotas que se discuten entre todos los participantes, se le brinda el espacio para que cada una de las cuidadoras que quería comentar su experiencia lo hiciera de manera libre, se utilizaron como herramientas de trabajo hojas de papel y lápices.

El tercer y último momento de este trabajo, se orientó a medir el grado de satisfacción de las participantes en el ciclo de cada una de las sesiones mediante tres preguntas que flotaban sobre un mismo eje: ¿Considera que las sesiones a las que asistió lo

han ayudado a enfrentar las dificultades que se le presentan en el cumplimiento de sus funciones como cuidador/a?

Población

El Hogar Madre Marcelina tiene una población de 24 cuidadoras, de las cuales, participaron 21 en las 12 sesiones. Las tres personas que no asistieron manifestaron que no podían debido a las necesidades del adulto mayor (restricciones de movilidad, dificultad respiratoria, suministro de medicamentos, entre otras).

Instrumentos

Se realizó una encuesta de satisfacción, combinando preguntas abiertas y cerradas, para conocer el grado de satisfacción de la población objetivo con las sesiones que se llevaron a cabo (Anexo 1). Se aplicó un cuestionario de caracterización para conocer datos sociodemográficos de la población que pudieran aportar al programa, así como el abordaje de diferentes aspectos relacionados con el tiempo que dedica el cuidador al adulto mayor, el conocimiento de las enfermedades que lo aquejan, la percepción de su situación económica (la del cuidador), si ha sufrido dolencias en los últimos seis meses, entre otros (Anexo 3).

Resultados

A partir de la recolección de datos que se hallaron en la caracterización sociodemográfica y la encuesta de satisfacción que se aplicó a las cuidadoras que estuvieron participando del programa, se recopiló la información que a continuación se presentará.

Edad población cubierta

El desarrollo del programa se llevó a cabo con 21 cuidadoras, el promedio de edad fue de 40.9 años y tenían a su cargo a adultos mayores con un promedio de 80.5 años.

Estado civil cuidadoras

Se encontró que el 19% estaban casados, hubo un 71% en la categoría soltero y un 10% es condición de viudez.

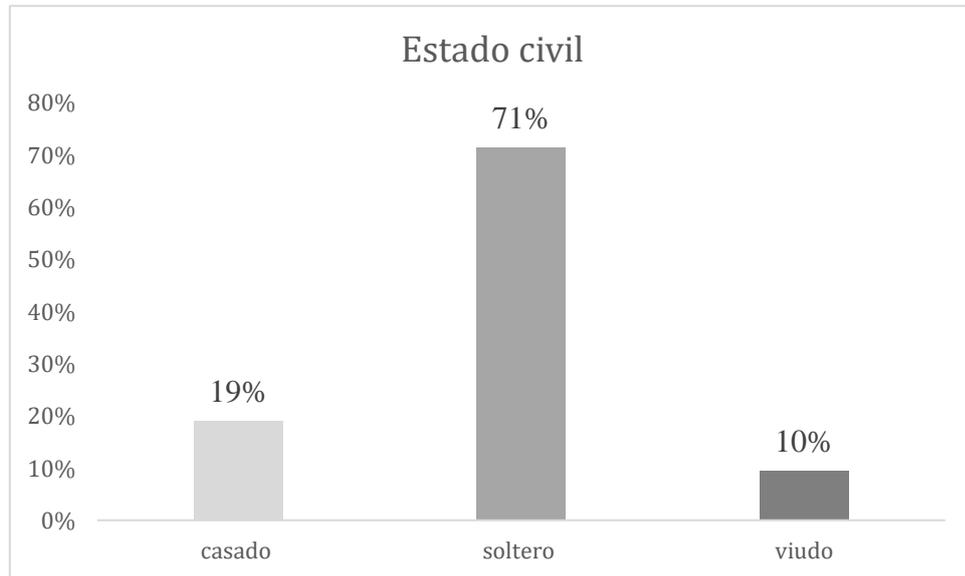


Figura 1. Estado civil de las cuidadoras

Nivel educativo

Se encontró que el nivel educativo de las cuidadoras era el siguiente: un 62% bachilleres, y el 33% han realizado estudios preuniversitarios y un 5% estudiaron un pregrado.

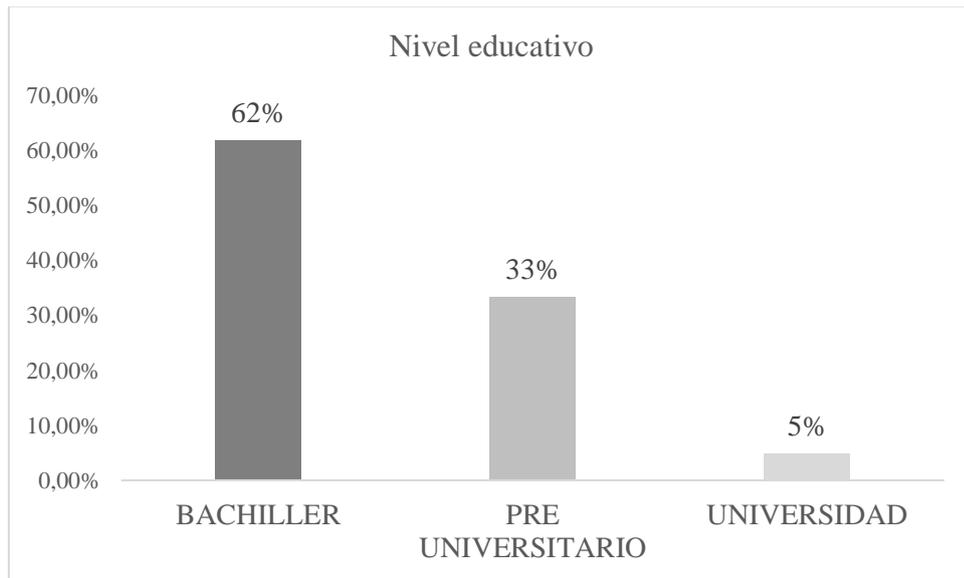


Figura 2. Nivel educativo cuidadoras

Convive con el adulto mayor

Se halló que el 86% de las cuidadoras comparte la habitación con el adulto mayor, el 14% no permanecen en las noches con el adulto mayor.

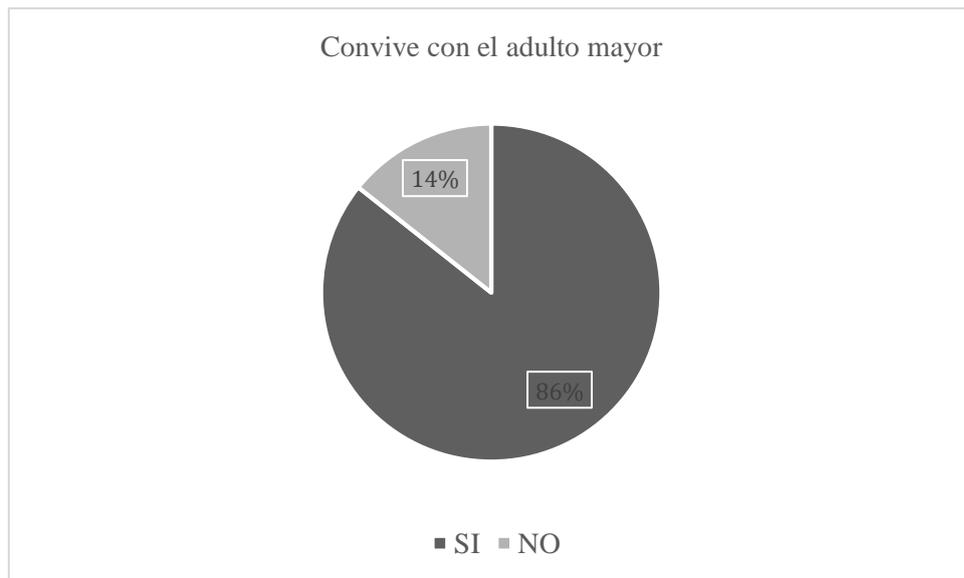


Figura 3. Convive con el adulto mayor que cuida

Tiempo que lleva cuidando al Adulto Mayor

En la categoría 1 se halló que el 43% lleva menos de un año cuidando al adulto mayor, el 38% tienen a su cargo el cuidado en la franja que va de uno a cuatro años y, por último, el 19% cuidan al adulto mayor hace cinco años o más.

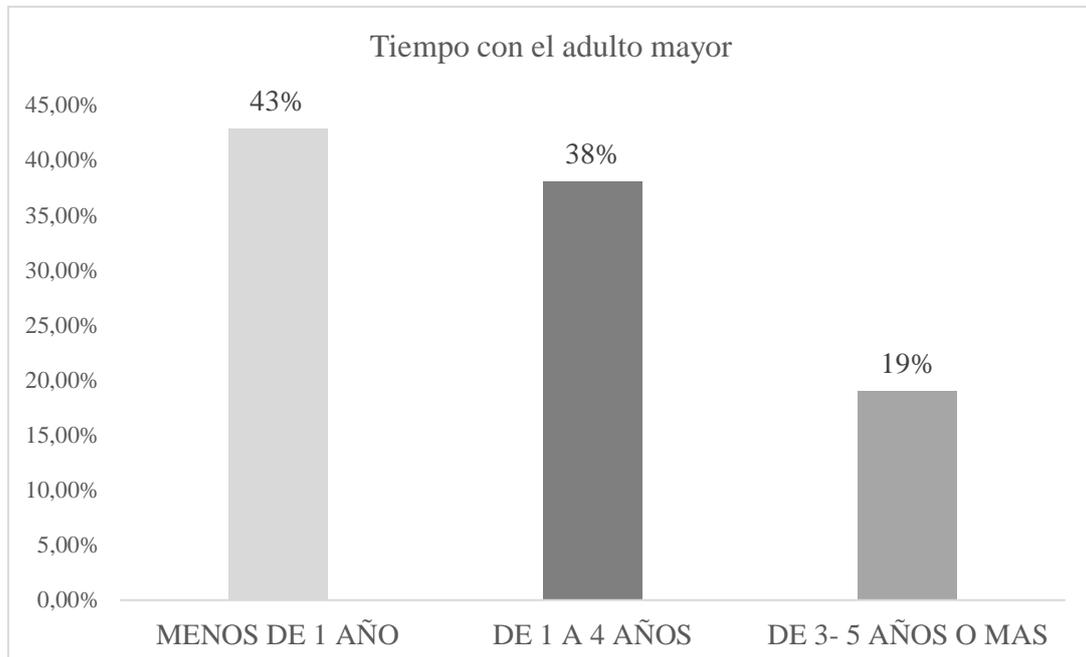


Figura 4. Tiempo que lleva cuidando al adulto mayor

1: Menos de 1 año; 2: De 1 a 4 años; 3: 5 años o mas

Frecuencia con que cuida al adulto mayor

Se encontró que un 90% de los cuidadores tiene una dedicación de tiempo completo al cuidado del adulto mayor, en la opción algunos días se halló un 5%, no se encontró un valor significativo en la categoría ocasionalmente y un 5% en la opción otro.

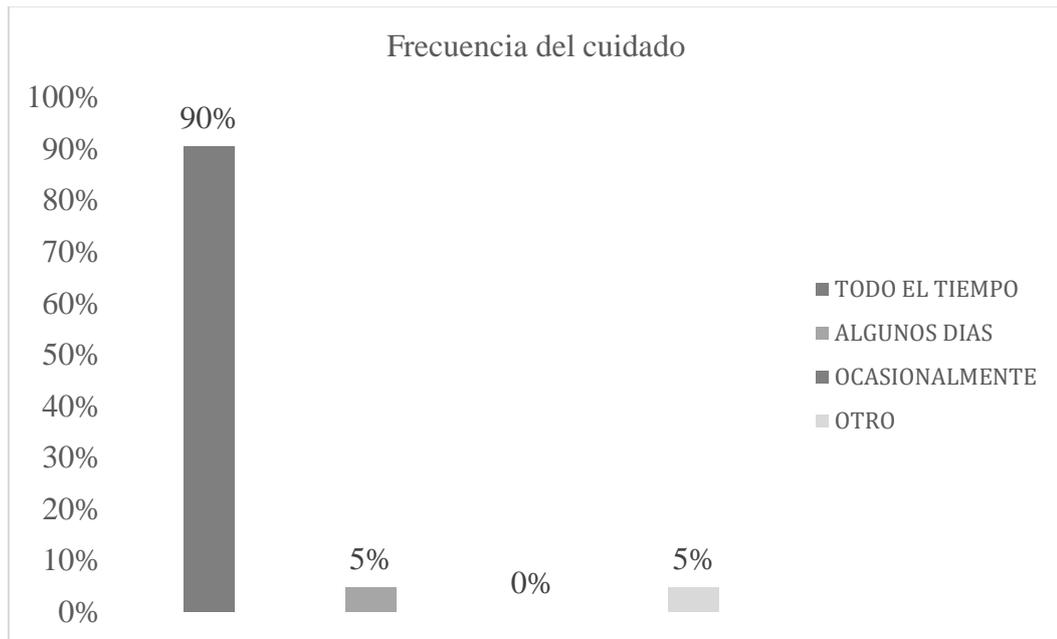


Figura 5. Frecuencia del cuidado al adulto mayor

Duración turno

Los datos reportaron que un 67% de las cuidadoras permanecen 24 horas con el adulto mayor, en la categoría 12 horas se encontró un 10%, en la categoría 8 horas no se halló un valor significativo, por último, se encontró que un 24% eligió la categoría otro.

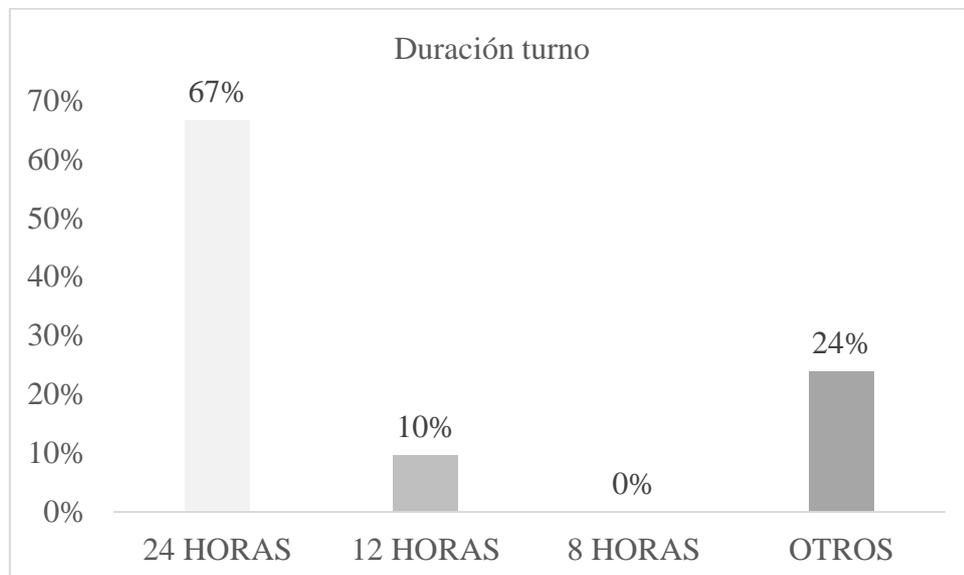


Figura 6. Frecuencia del cuidado al adulto mayor

Parentesco

En esta categoría, la totalidad (100%) de la muestra seleccionó la opción Ninguna, refiriendo que no tienen parentesco con los adultos mayores a su cargo.

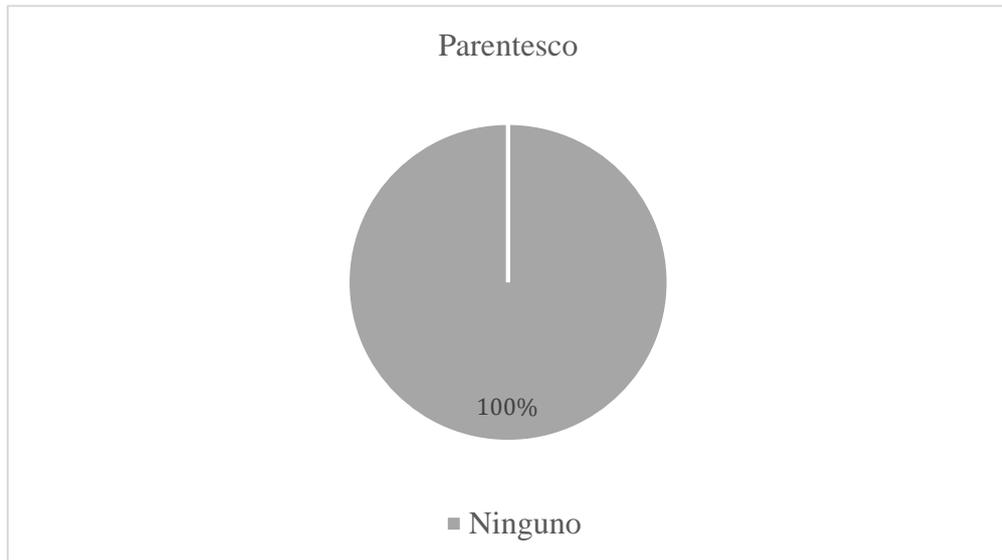


Figura 7. Parentesco

Cuida a alguien más

Se encontró un 14% en la opción SI, indicando que sí tienen bajo su cuidado a alguien más, y un 86% en la categoría NO, mostrando que no tienen bajo su cuidado a otra persona.

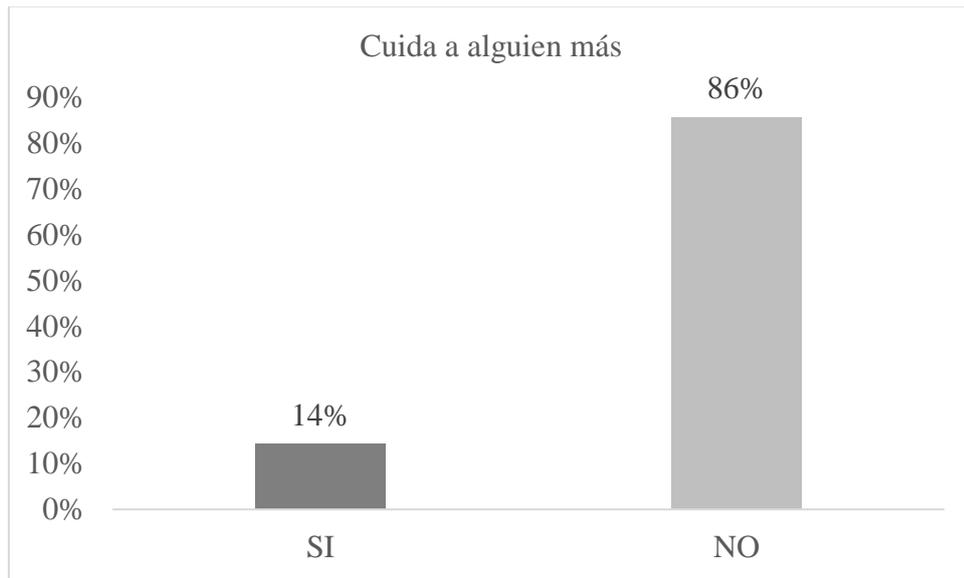


Figura 8. Cuida a alguien más

Recibe ayuda de algún tipo

La población de cuidadoras reporta en un 33% la opción SI, indicando que reciben ayuda, mientras que un 67% indicaron que NO reciben ayuda.

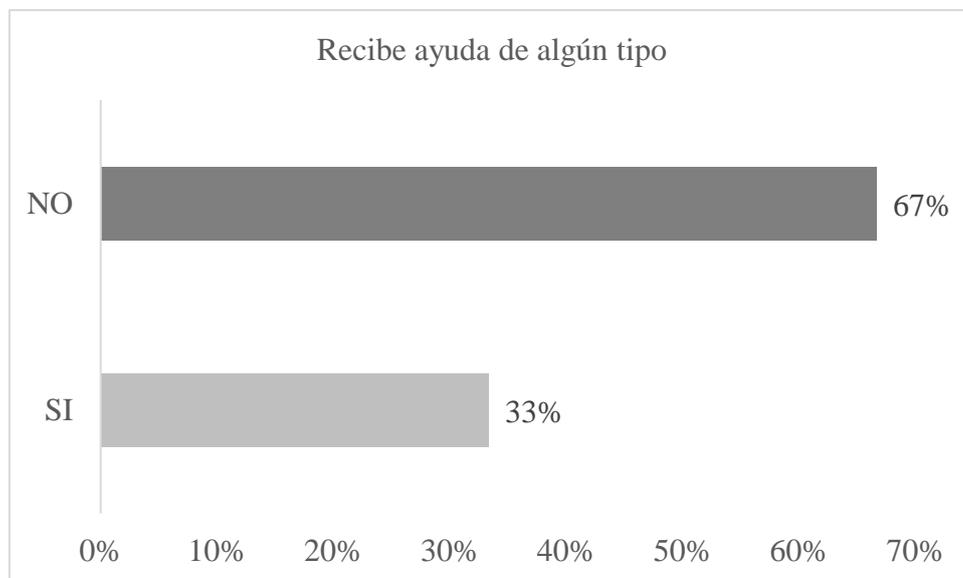


Figura 9. Recibe ayuda de algún tipo

Información sobre la enfermedad del adulto mayor

El 95% de las cuidadoras manifiestan que sí tienen información sobre la enfermedad del adulto mayor a su cuidado, mientras que el 5% refirió no tener información.

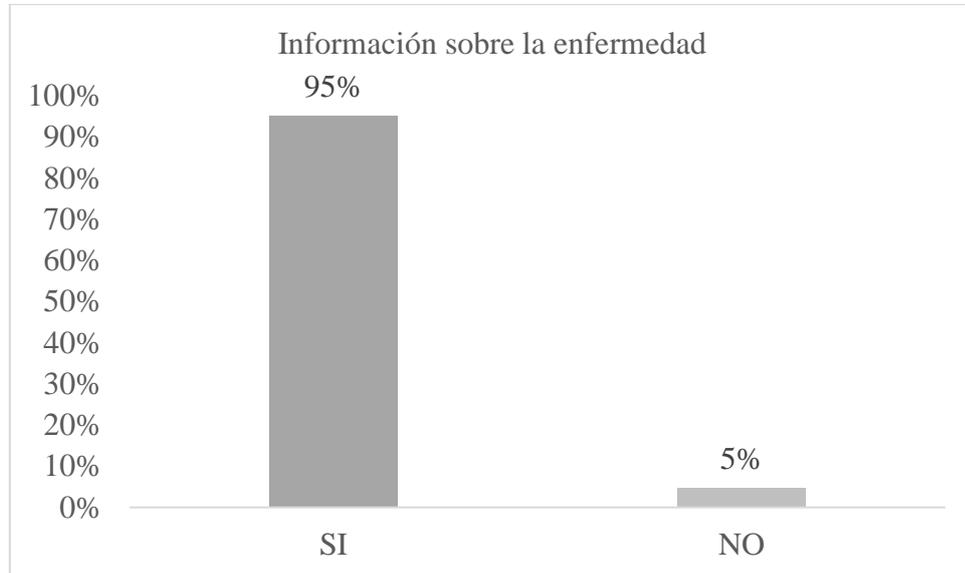


Figura 10. Información sobre la enfermedad del adulto mayor

Situación económica

Se encontró que el 43% consideró encontrarse en una situación económica buena, mientras que un 48% manifestó tener una situación económica regular y por último en la categoría mala se reportó un 10%.

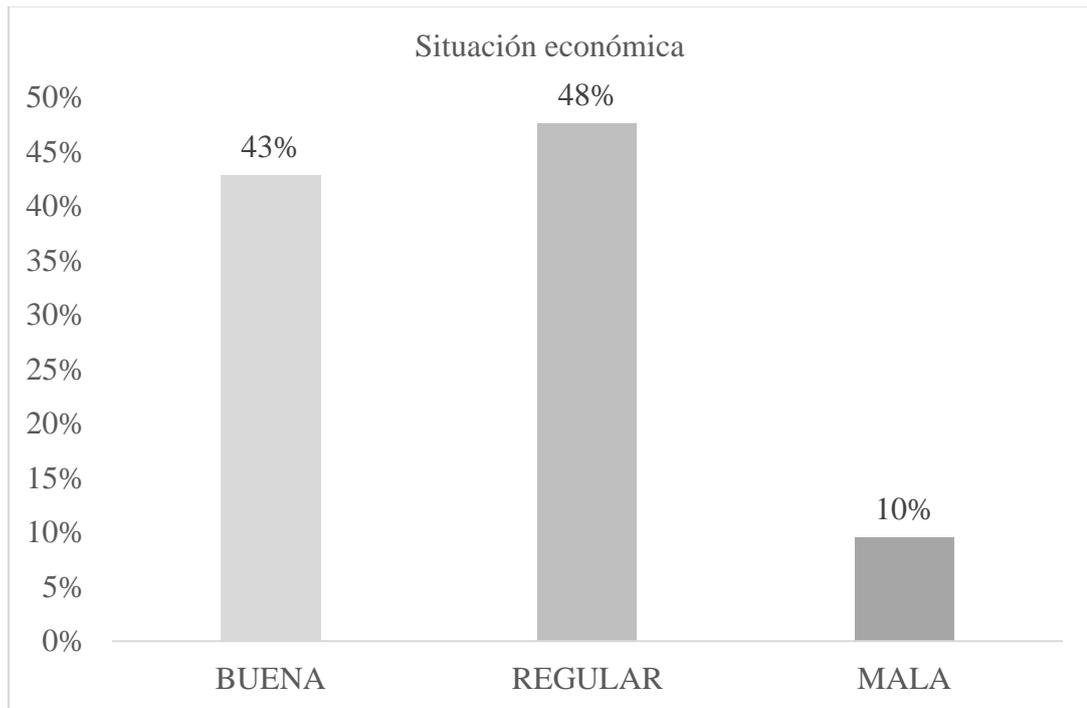


Figura 11. Situación económica

Afectación física en las cuidadoras

Las cuidadoras encuestadas reportaron en un 14% tener problemas óseos o muscular; en problemas cardíacos no se reportó ningún dato; en un 48% sufren de dolores de cabeza; 10% sufre de tensión arterial alta; ninguna reportó sufrir de problemas nerviosos.

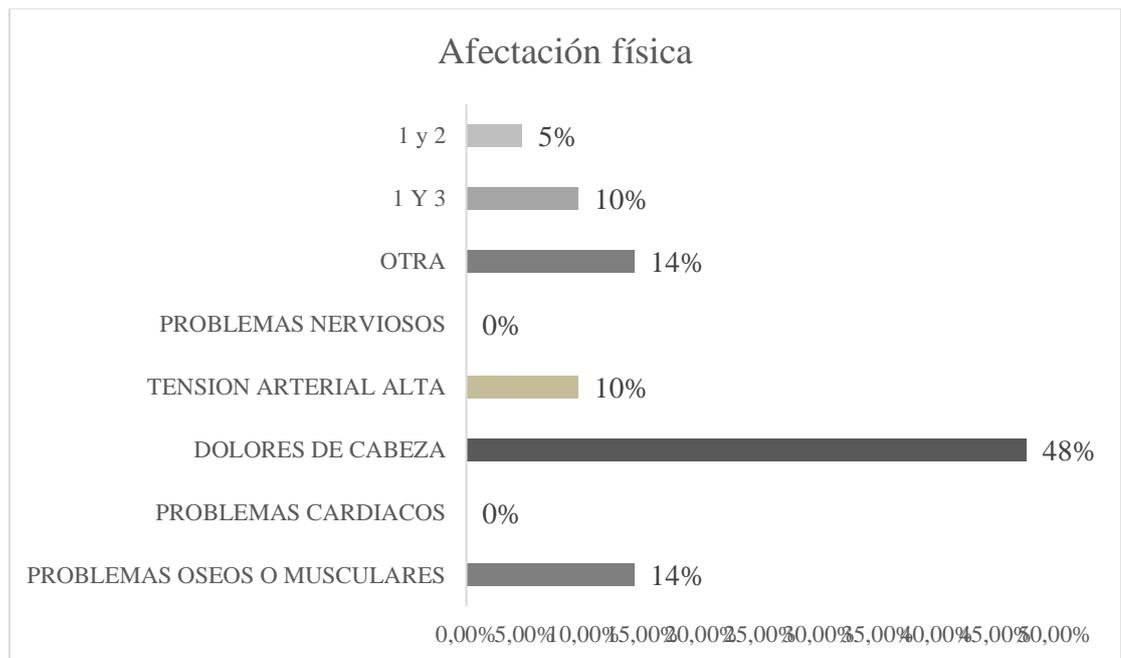


Figura 12. Afectación física en las cuidadoras

1: Problemas óseos o muscular; 2: Problemas cardiacos; 3: Dolores de cabeza; 4: tensión arterial alta; 5: Problemas nervioso; 6: otro; 7: 1 y 3; 8: 1 y 2

Experiencia con un enfermo crónico

El 57% de las cuidadoras se ubicó en la categoría SI, indicando que han tenido o tienen bajo su cuidado a enfermos crónicos y un 43% indicando que NO.

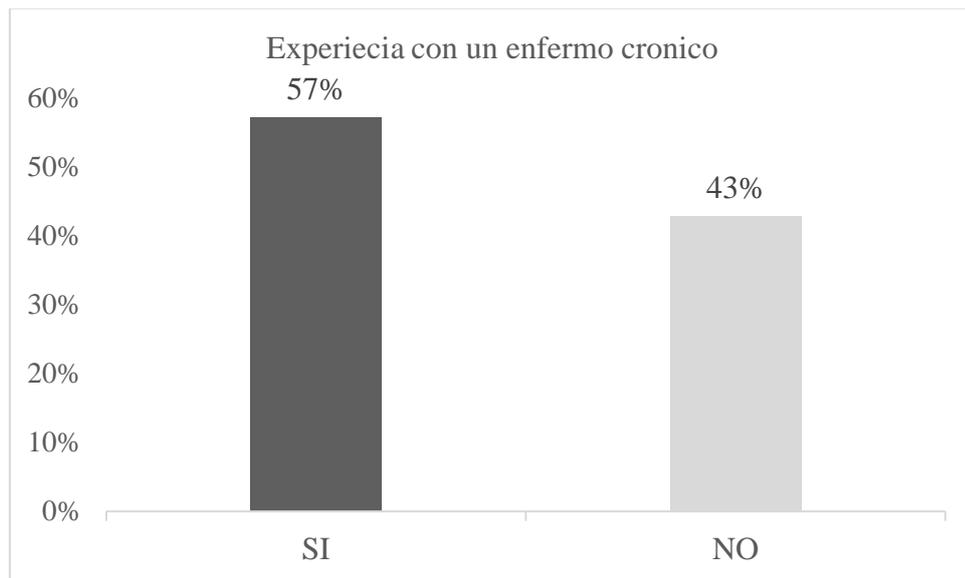


Figura 13. Experiencia con un enfermo crónico

Con relación a la encuesta de satisfacción que se aplicó a los cuidadores que hicieron parte del programa, los resultados que se encontraron fueron los siguientes:

El programa lo ha ayudado a enfrentar los problemas que se le presentan con el adulto mayor

Se halló que el 76% de las cuidadoras refieren que el programa si les ha ayudado por completo, un 24% manifestó que les ha ayudado en parte y, por último, no hubo respuesta en la opción No.

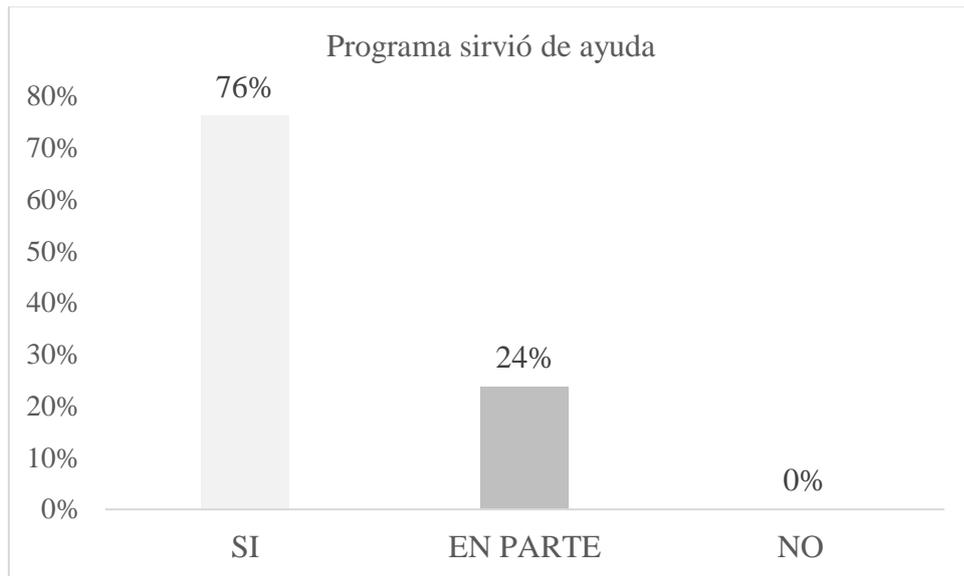


Figura 14. Programa lo ha ayudado a enfrentar los problemas que se le presentan con el adulto mayor

Expectativas frente al programa

Se encontró un 95% en la categoría SI y un 5% en la opción en parte, no hubo respuesta en la selección NO.



Figura 15. Expectativas frente al programa

Satisfacción por haber asistido al programa

Un 95% manifestó satisfacción por haber asistido al programa, mientras que un 5% señaló que su satisfacción era parcial. En la categoría NO, no se tuvieron respuestas.



Figura 16. Satisfacción por haber asistido al programa

Cumplimiento de Objetivos

Con la realización de este proyecto se buscó fortalecer la atención integral a las necesidades individuales de la población que se encarga del cuidado del adulto mayor, desde el programa psicopedagógico, se tomó como punto de referencia las necesidades encontradas en el Hogar Madre Marcelina, los objetivos planteados han sido apropiados y pertinentes para cumplir con el abordaje de estas. Con la ejecución de este programa se logró un cubrimiento de la población que así lo requería, además se desarrollaron las competencias profesionales del estudiante en proceso de formación, con la motivación de ser una ayuda para las personas que lo necesitan y que tuvieron la disponibilidad de recibirla.

Con la aplicación del programa se logró cumplir el objetivo general que era adaptar los contenidos psicoeducativos de la investigación ya antes mencionada, además se logró apoyar en los procesos internos del Hogar y contribuir al buen funcionamiento de este.

Se caracterizó a la población cumpliendo así, con el primer objetivo específico. Con dicha caracterización se conocieron aspectos importantes que permitieron aportar estrategias para la aplicación del programa y a su vez, ayudar a las cuidadoras con las dificultades que presentaban en relación con su rol.

Discusión

Tal como se señala en el apartado de la justificación de este trabajo, el progresivo aumento en la expectativa de vida de los seres humanos ha reformulado las proyecciones estadísticas de la población mundial, destacando el inminente aumento en la población de la tercera edad. Por tal motivo es de suma importancia la realización de investigaciones que contribuyan al acervo de conocimientos sobre el envejecimiento y el tejido social que lo circunda. Mientras que, al mismo tiempo, sirva de base para la realización de intervenciones en este ámbito, coadyuvando a que la sociedad enfrente este importante desafío.

Hecha la observación anterior se logra vislumbrar que la muestra fue elegida intencionalmente como objeto de estudio, algunos de los resultados por resaltar de la caracterización son, que el 62% de las cuidadoras han cursado solo el bachillerato, también se observó a partir del contacto con la población que había niveles de sobrecarga, pero sería fundamental para darle mayor soporte al programa realizar una aplicación de un instrumento que permita entre ver los niveles de sobrecarga.

De acuerdo con los datos recolectados a partir de la caracterización ya antes mencionada en este documento, en conjunto con la observación que se puede decir que la población objeto de estudio cuenta con sobrecarga, esta idea es sostenida ya que las

cuidadoras reportan con un 67% permanecer 24 horas al cuidado del adulto mayor. Cardona, Segura, Berbesí y Agudelo (2013) realizaron un estudio cuyo objetivo era identificar la prevalencia y los factores asociados a la sobrecarga en el cuidador primario de ancianos, en esta investigación se observó que la mayor sobrecarga reportada fue en mujeres con un 81,6% y en cuanto a la edad y nivel educativo no se encontró diferencias estadísticas significativas en relación con la presencia o ausencia de la sobrecarga.

Complementando la idea anterior, se destaca que las condiciones laborales de las cuidadoras están por fuera de los parámetros legales, en especial, en lo que al horario de trabajo y la dedicación de tiempo. Tal vez sea esa la principal característica del cuidador informal que por su condición de familiar y de convivencia, el tiempo dedicado se extiende por encima de otros espacios de la vida del cuidador. Pero el caso de las cuidadoras formales que compusieron la población objeto del programa es contrario ya que, no hacen parte del núcleo familiar, algunas tienen capacitaciones necesarias para ejercer el rol de cuidador y otras están en proceso de formación, cabe señalar que cuentan con remuneración económica. Sin embargo, el 48% reportó tener una situación económica regular y un 10% la señaló como mala.

De acuerdo con lo anterior, se concluye que es palpable una excesiva dedicación de tiempo al cuidado del adulto mayor, en detrimento de la disponibilidad necesaria para dedicar atención a su vida personal en dimensiones tales como la familiar, los pasatiempos o el entretenimiento. Al tiempo, también se hace evidente que las consecuencias de la dedicación excesiva de tiempo impactan la salud de las cuidadoras si tenemos en cuenta que el 76% manifestaron sufrir o haber sufrido algún tipo de dolencia en los últimos seis meses.

Conclusiones

Este trabajo propició importantes espacios de reflexión y sensibilización en las cuidadoras sobre el dolor y el sufrimiento asociados al proceso de envejecimiento, lo que seguramente redundará en un aumento de sus umbrales de tolerancia y paciencia para con los adultos mayores a su cargo. Del mismo modo, esta investigación brindó importantes herramientas para el autocuidado, manejo de estrés, la gestión de emergencias y el conocimiento de las enfermedades de los residentes a su cargo.

Por otro lado, a pesar de las dudas implícitas en un proceso de adaptación de los contenidos pedagógicos de una investigación realizada en otro país (Cuba), se puede concluir que el programa fue exitoso, teniendo en cuenta la satisfacción expresada por la población de cuidadoras del Hogar Madre Marcelina de Barranquilla, de acuerdo con los datos que se recolectaron y a partir de la observación.

El anterior éxito posiblemente se debe a la consistencia entre los factores de riesgo identificados por la investigación de Espín Andrade al estudiar a la población de cuidadores de Cuba, de los cuales ella derivó el diseño de los contenidos psicoeducativos, y la población de cuidadoras de Barranquilla a la que se le realizó la intervención adaptando esos mismos contenidos. También a la disposición que tuvieron cada una de las cuidadoras del Hogar frente a la propuesta que se llevo a cabo, seguido del apoyo que se recibió por parte de la institución en cada una de las actividades planteadas.

Finalmente, se pudo observar durante la realización de este trabajo que las características laborales de contratación del personal dedicado al cuidado de los adultos mayores tienen su base en la informalidad laboral, esto es, ausencia de estabilidad por falta de contratos de trabajo, carencia de prestaciones sociales, respeto por la jornada laboral legal, dotaciones y demás elementos inherentes a la calidad del empleo formal. En la medida

en que la población de adultos mayores se incrementa, se hará necesaria la dignificación de las condiciones laborales del cuidador. Porque, como se pudo observar en la caracterización, el nivel educativo promedio es el del bachillerato y, tal vez, la atención del adulto mayor requiere conocimientos y competencias que están por encima de ese nivel educativo, por lo que también se hace necesario profundizar en el perfil ocupacional adecuado para este tipo de trabajos.

Recomendaciones

Se sugiere la implementación de un grupo de apoyo semanal, generando así un espacio en el que las cuidadoras puedan compartir experiencias y cuenten con la debida orientación requerida, de igual manera se considera oportuno vincular a las cuidadoras laboralmente al hogar, ya que teniendo un contrato formal se podría regular con mayor éxito la atención que prestan. También propone ser más exhaustivos al momento de elegir a las personas que estarán cuidando al adulto mayor, por último, continuar trabajando con las cuidadoras, ya que hay mucho por mejorar en lo que refiere a su rol.

Referencias

- Achenbaum, W. (1995). *Gerontology emerges as a science*. New York: Cambridge University Press.
- Aguilar, A., Jiménez, J., Álvarez, A., Sánchez, M., & Ortega, M. (2016). Sobrecarga del cuidador principal del adulto mayor con enfermedad Alzheimer. Recuperado de <http://www.epistemus.uson.mx/revistas/articulos/21-R21-4-SOBRECARGA.pdf>.
- Alcaraz, Y., Lastra, A & Tuberquia, X. (2015). Estrategias de afrontamiento en cuidadores familiares de personas con dependencia de la corporación coloresa. *Universidad de Antioquia*. Recuperado de http://200.24.17.74:8080/jspui/bitstream/fcsh/382/1/AlcarazYaclin_estrategiasafrontamientocuidadoresfamiliarespersonasdependenciacoloresa.pdf.
- Caqueo, A., Segovia, P., Urrutia, U., Miranda, C & Navarro, E. (2013). Impacto de la relación de ayuda de cuidadores primarios en la calidad de vida de pacientes con cáncer avanzado. *Psicooncología*, 10(1), 95-108.
- Cardona, D., Segura, A., Berbesí, D & Agudelo, M. (2013). Prevalencia y factores asociados al síndrome de sobrecarga del cuidador primario de ancianos. *Salud pública*, 31(1), 30-39.
- Curcio, C. (2010). Investigación y Envejecimiento: del dato a la teoría. *Hacia la Promoción de la Salud*, 15(1), 144-166.
- Espín, A. (2010). *Estrategia para la intervención psicoeducativa en cuidadores informales de adultos mayores con demencia* (Tesis doctoral). Recuperado de <file:///C:/Users/linda/Downloads/Estrategia%20para%20la%20intervencion%20-%20Espin%20Andrade,%20Ana%20Margarita.pdf>.
- Espinoza, K & Jofre, V. (2012). Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Ciencia y enfermería*. XVIII (2), 23-30.
- Fernández, V & Crespo, L. (2011). Resiliencia personalidad resistente y crecimiento en cuidadores de personas con demencia en el entorno familiar: una revisión. *Clínica y Salud*, 22(1), 21-40.
- Flores, M., García, C & Sánchez, R. (2011). Apoyo psicogerontológico en la atención del adulto mayor. Recuperado de http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/estrategias_cuidadores.pdf.
- Gázquez, J., Pérez, M., Molero, M., Mercader, I., Barragán, A & Núñez, A. (2015). Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento. Recuperado de <http://www.sej581.com/files/libros/2015%20Calidad%20de%20vida%20cuidadores%20e%20intervencion%20para%20la%20mejora%20de%20la%20salud%20en%20el%20envejecimiento%20volumen%20III.pdf>

- Hidalgo, J. (s.f.). Hacia una gerontología social y crítica. Recuperado de [file:///C:/Users/linda/Downloads/Dialnet-Haciaunagerontologiasocialcritica-4796544%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/linda/Downloads/Dialnet-Haciaunagerontologiasocialcritica-4796544%20(2).pdf).
- Lozano, Z & Guadalupe, M. (1999). Conceptualización del proceso de envejecimiento. *Papeles de Población*, 5(19), 23-41.
- Martinez, L., Menéndez, J., Cáceres, E., Baly, M., Vega, E & Prieto, Ramos. (1999). Las personas de edad en cuba. Principales tendencias demográficas y morbimortalidad. *RESUMED*, 12(2), 77-90.
- Ministerio de salud. (2009). Manual del cuidado de personas mayores dependientes con pérdida de autonomía. Recuperado de <http://www.minsal.cl/portal/url/item/c2c4348a0dbd9a8be040010165012f3a.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf;jsessionid=1F7EF13B775ABCDC0ED8468CBB8924CA?sequence=1.
- Soriano, G. (2012). Estudio cuasi- experimental sobre las terapias de relajación en pacientes con ansiedad. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/clinica4.pdf>.
- Tripodoro, V., Veloso, V & Llanos, V. (2015). Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos. Recuperado de [file:///C:/Users/linda/Downloads/Dialnet-SobrecargaDelCuidadorPrincipalDePacientesEnCuidado-6154357%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/linda/Downloads/Dialnet-SobrecargaDelCuidadorPrincipalDePacientesEnCuidado-6154357%20(3).pdf).
- Villaverde, M., Fernández, L., Gracia, R., Morera, A & Cejas, R. (2000). Salud mental en población institucionalizada mayor de 65 años en la isla de Tenerife. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 35(5), 277-282.

Anexos

Anexo 1. Cuestionario de satisfacción con el programa

Cuestionario de satisfacción con el programa

Estimado cuidador:

Necesitamos conocer su opinión acerca del programa de intervención para cuidadores en el cual usted ha participado, respondiendo las preguntas del siguiente cuestionario.

1. ¿Considera que el programa lo ha ayudado a enfrentar los problemas que se le presentan con el adulto mayor en el Hogar Madre Marcelina?
___ Si ___ En parte ___ No
2. ¿El programa ha cumplido con las expectativas que usted tenía?
___ Si ___ En parte ___ No
3. ¿Se siente satisfecho de haber asistido a las sesiones del programa?
___ Si ___ En parte ___ No

Anexo 2. Consentimiento informado



Consentimiento informado

Yo _____, certifico que he recibido y comprendido que la información que obtenga el psicólogo en formación, es de carácter confidencial y que la podrá revelar si durante la intervención se detecta de manera clara que hay un evidente daño para mí o para terceros; con el fin de que se puedan tomar las medidas preventivas o correctivas según sea el caso.

También sé que la información que suministro durante la intervención podrá ser utilizada para procesos académicos o de investigación; siempre y cuando se resguarde mi identidad. Se me indicó que en el procedimiento a seguir es en primera instancia un periodo de evaluación. Posteriormente se llevarán a cabo 12 talleres que se desarrollarán por medio de psicoeducación y actividades lúdicas. Al finalizar los talleres se realizará la evaluación nuevamente.

Comprendo que el psicólogo en formación se compromete a utilizar sus conocimientos y competencias en pro de mi bienestar y evitando de esta manera causarme daño físico o moral.

Firma Participante

C.C

Evaluador

C.C

Anexo 3. Cuestionario de caracterización del cuidador

Cuestionario de caracterización del cuidador

Estimado cuidador:

A continuación, deberá responder algunas preguntas con respecto al adulto mayor que usted cuida, y algunos aspectos relacionados con el cuidado de este. Le pedimos sea lo más sincero posible. Gracias.

Datos del paciente

1.- Nombre y Apellidos:

2.- Edad: _____

3.- Habitación: _____

4.- Sexo: M __ F __

Datos del cuidador

1.- Nombre y Apellidos:

2.- Edad: _____

3.- Sexo: M __ F __

4.- Estado civil:

Casado

Soltero

Viudo

5.- Nivel educacional

Primaria Media

Preuniversitario Universitario

6- ¿Usted convive con el adulto mayor que cuida?

Sí No

7- ¿Qué tiempo hace que cuida al adulto mayor?

Menos de 1 año

de 1 a 4 años

5 años o más

8- ¿Con qué frecuencia usted cuida al paciente?

Todo el tiempo

Algunos días

Ocasionalmente

9- ¿Cuánto dura su turno con el adulto mayor?

24 horas

12 horas

8 horas

otro

10- ¿Tiene algún parentesco con el paciente?

Hijo Cónyuge

Nieto Hermano

Otros Ninguno

11- ¿Tiene bajo su cuidado a otras personas además del paciente?

Sí No Quien?

12- ¿Recibe ayuda de algún tipo para cuidar al adulto mayor?

Sí No Quien?

Anexo 4. Cuestionario de caracterización del cuidador

13- ¿Tiene alguna información acerca de la enfermedad que sufre su paciente?

Sí No

14- ¿Cómo cataloga su situación económica actual?

Buena Regular Mala

15- ¿Ud. padece de alguna afección desde los últimos 6 meses? (Puede marcar varios)

Problemas óseos o musculares

Problemas cardíacos

Dolores de cabeza

Tensión arterial alta

Problemas nerviosos

Otra _____

16- ¿Alguna vez había cuidado a un enfermo crónico?

Sí No

17- ¿Qué hace para enfrentar los problemas relacionados con el cuidado del paciente?

(Puede marcar varios)

Busco ayuda de familiares y amigos

Busco información acerca de la enfermedad y su manejo

Busco atención médica

Busco a otras personas que también lo cuiden

Trato de relajarme y pensar en la mejor solución

Trato de realizar alguna actividad que me despeje

Organizo bien el tiempo

Otra _____

18- ¿Ha recibido antes algún tipo de atención por parte de los servicios de salud? (Puede

marcar varios)

Atención médica al paciente

Información acerca de la enfermedad

Orientaciones a los cuidadores

Apoyo emocional a los cuidadores

No he recibido ninguna atención