



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Diseño de un Taller para Cuidadores Informales de Adultos Mayores del Servicio de Medicina en Hospital

Dr. Sótero del Río

Gonzalo Enrique Gutiérrez Muñoz

Profesor guía: Paula Repetto

Comité: Susana González

Rodrigo Santibáñez

Trabajo de Grado presentado a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile para optar al grado académico de Magíster en Psicología de La Salud

Abril, 2020
Santiago, Chile



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Manual de Capacitación de Taller para Cuidadores Informales de Adultos Mayores del Servicio de Medicina del Hospital Dr. Sótero del Río

Gonzalo Enrique Gutiérrez Muñoz

Profesor guía: Paula Repetto

Comité: Susana González

Rodrigo Santibáñez

Trabajo de Grado presentado a la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile para optar al grado académico de Magíster en Psicología de La Salud

Índice

1. Introducción	Pág. 5
2. Antecedentes	Pág. 6
2.1. <i>El envejecimiento poblacional y sus demandas en salud.</i>	Pág. 6
2.2. <i>Los cuidadores Informales y la sobrecarga asociada al cuidado.</i>	Pág. 9
2.3. <i>Intervenciones dirigidas a cuidadores informales de adultos mayores.</i>	Pág. 12
3. Contextualización	Pág. 14
4. Propósito y Objetivos	Pág. 15
5. Metodología	Pág. 15
5.1. <i>Procedimiento y participantes</i>	Pág. 16
5.2. <i>Instrumentos</i>	Pág. 18
6. Resultados	Pág. 19
6.1. <i>Revisión de la literatura.</i>	Pág. 19
6.1.1. <i>Intervenciones dirigidas a cuidadores informales de adultos mayores.</i>	Pág. 19
6.1.2. <i>Intervenciones dirigidas a cuidadores informales de personas con demencia.</i>	Pág. 25
6.2 <i>Levantamiento de información, entrevistas semi estructuradas:</i>	Pág. 30
6.2.1. <i>Contexto</i>	Pág. 32
6.2.2. <i>Intervención</i>	Pág. 35
6.2.3. <i>Exposición</i>	Pág. 39
7. Conclusión y Discusión	Pág. 41
8. Referencias	Pág. 49
9. Anexos	Pág. 60

Introducción

El siguiente informe, corresponde a una propuesta de intervención, enmarcada bajo la modalidad de Trabajo de Grado en el Magister de Psicología de la Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile. La propuesta se desarrolló como un trabajo interinstitucional, entre la Escuela de Psicología y el Complejo Asistencial Doctor Sótero del Río (CASR), lugar en el cual esta propuesta se espera implementar. Éste es un hospital de alta complejidad ubicado en Av. Concha y Toro 3459, de la comuna de Puente Alto. Depende del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, que se encarga de atender a las comunas de La Florida, La Granja, La Pintana, San Ramón, Pirque, San José de Maipo y Puente Alto (CASR, s.f.), que en total posee una población de 1.356.538 habitantes según el CENSO 2017 (Instituto Nacional de Estadística (INE), 2018b).

El objetivo final, es diseñar un taller para cuidadores informales de adultos mayores con multimorbilidad que asisten al Servicio de Medicina del CASR, en donde se ha detectado una alta tasa de re-hospitalización temprana, producto de una incorrecta ejecución de los cuidados de largo plazo y requeridos post-alta. Por tanto, nuestro propósito será reducir la tasa de reingreso de estos adultos mayores, a través de una intervención orientada a sus cuidadores principales o informales. Para alcanzar este objetivo, se levantó información sobre intervenciones efectivas basadas en la evidencia actualizada; caracterizó a la población objetivo y los recursos hospitalarios disponibles, a partir de lo reportado por agentes claves. Finalmente, se diseñó la intervención, a partir de un manual que explicita los elementos de ésta (número de sesiones, duración, dosis, participantes, medidas y propuesta de medición), integrando elementos teóricos, resultados empíricos y el contexto en donde se espera implementar.

A continuación, se presentan los principales antecedentes que están a la base de la problemática expuesta. En esta línea, se analizan las características particulares del cambio demográfico, hacía el envejecimiento poblacional, y sus consecuencias sobre nuevas configuraciones y requerimientos en salud. Luego, se expone acerca del fenómeno del *cuidado informal*; la revisión de la evidencia empírica (revisiones sistemáticas y metaanálisis); el trabajo realizado para recopilar antecedentes respecto de la institución; las necesidades detectadas y; los elementos principales para su implementación. En los anexos, se incluye el diseño de intervención y algunos recursos adicionales para este trabajo.

Marco teórico

2. Antecedentes

2.1. El envejecimiento poblacional y sus demandas en salud.

Como resultado del aumento en la expectativa de vida de las personas y el cambio demográfico a nivel global, las autoridades han reconocido su preocupación por la adultez mayor y los nuevos desafíos que acarrea (Acosta, Picasso y Perrota, 2018). La Organización de Naciones Unidas (ONU) estima que, en la actualidad, un 12% de la población mundial tiene 60 o más años (2017). En América Latina y el Caribe, alrededor del 11% de la población, tienen 60 o más años y se prevé que para el 2050 la cifra llegará a un 25% (Aranco, Stampini, Ibararán, y Medellín, 2018). En Chile, se estima que la cifra actual de adultos mayores de 65 o más años es de 3.018.688 millones (INE, 2018a), representando el 10.8% de la población (INE, 2018b). En nuestro país, el proceso está fuertemente marcado por un envejecimiento poblacional sostenido y acelerado (Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2009; Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015).

Esta nueva configuración poblacional se acompaña por el surgimiento de nuevas necesidades y demandas para el sistema de salud. Estas necesidades nacen de la interacción entre condiciones biomédicas características del envejecimiento, -como la multimorbilidad, la discapacidad, la fragilidad u otras enfermedades crónicas degenerativas y progresivas-, y el contexto en el cual donde los adultos mayores se desenvuelven. En conjunto, estos elementos impactan sobre la funcionalidad y autonomía de adultos mayores, elevando su condición de riesgo y, por tanto, su propia vulnerabilidad (Espín, 2008; González, Massad y Lavanderos, 2009; Fernández y Bustos, 2016; Fitzpatrick y Tzouvara, 2019) como la de sus cuidadores y familiares.

En relación a la epidemiología en la población de adultos mayores, encontramos, que un 25% tienen una enfermedad crónica; que la prevalencia de la multimorbilidad (la presencia de dos o más condiciones de salud (OMS, 2008) podría ser superior al 60%; y a un 50%, para las personas con 3 o más condiciones crónicas (Pereira, Ramos, Iven, Thume y Augusto, 2016). Con respecto a la prevalencia de **discapacidad, es decir** la limitación en la actividad y participación de un

individuo enfermo en interacción con su contexto (OMS, 2011) y de la **dependencia**, definida como la asistencia que optimiza la actividad funcional de un sujeto con discapacidad, (Querejeta, 2012) en este periodo de tiempo, la cifra se estima en un 20%. Además, en Chile, la población de adultos mayores con dos patologías y a la vez dependientes, alcanza el 22% (González et al., 2009). Estas estadísticas muestran que, entre los adultos mayores chilenos, las enfermedades crónicas son altamente prevalentes y que un porcentaje importante requiere de cuidados permanentes.

Estos datos muestran que más de la mitad de la población de adultos mayores presenta multimorbilidad, pero esta prevalencia es mayor en: mujeres, personas de clase social baja, en personas más envejecidas, o de nivel educacional bajo (Puth, Weckbecker, Schmid, y Münster, 2017). El declive funcional, la baja calidad de vida, el gran uso de servicios de cuidado y costos económicos están entre las consecuencias más importantes. En Chile, las causas de morbilidad y mortalidad más prevalentes en el adulto mayor son enfermedades cerebrovasculares, enfermedades isquémicas, demencias, enfermedades hipertensivas y neumonía; mientras que las que causan mayor carga de enfermedad (medidos en años de vida saludables perdidos) son enfermedades digestivas, condiciones neuropsiquiátricas, cardiovasculares, neoplasia en órganos de los sentidos y enfermedades musculoesqueléticas (MINSAL, 2014).

El impacto que estas patologías pueden tener sobre el bienestar y calidad de vida de los adultos mayores son resultado de una relación que involucra elementos que van más allá de las condiciones biomédicas por sí solas. Los procesos de salud y enfermedad se dan más bien, desde la interacción entre condiciones fisiológicas y ambientales. Entre estas últimas, encontramos que las enfermedades crónicas requieren de procedimientos de atención complejos -debido a su duración y tratamiento-. Estas pueden elevar el riesgo de hospitalización y/o accidentes, y, en consecuencia, aumentar la cantidad de procesos y períodos de **transición** (Boult y Wieland, 2010). Estos últimos se definen, como el paso que da un individuo, entre dos o más situaciones y/o fases experimentadas a lo largo de su vida (Chick y Meleis, 2010). Particularmente en este trabajo, estos serán concebidos como los períodos situados entre los cuidados formales y los cuidados domiciliarios, y viceversa. Es decir, entre los procesos de alta médica hospitalaria o, los períodos de reingreso de los usuarios al hospital.

Los procesos de transición que se dan en el período entre la hospitalización y los hogares de los usuarios pueden llegar a generar consecuencias psicológicas y/o fisiológicas sobre los afectados y sus cuidadores (Fitzpatrick y Tzouvara, 2019). En este sentido, el riesgo para la salud se da inmediatamente después del alta hospitalaria. Esto se debe, a una preparación limitada, nula o ineficaz de la misma, que resultaría finalmente en un alza de las cifras de readmisión de los usuarios al hospital (Mabire, Dwyer, Garnier y Pellet, 2018). Por lo demás, asumir un rol de cuidador, producto del sentido de responsabilidad, culpa o presión social genera un estrés adicional, para familiares o conocidos, que se intensifica con el gasto económico producto de un mal cuidado, y por ende, gatillar un proceso de re-hospitalización (Aksoydan et al., 2019). Por lo mismo, la efectividad de este tipo de procesos juega un rol fundamental sobre la vida de los afectados y sus cuidadores informales (Rodakowski et al., 2017). De hecho, las intervenciones centradas en el alta médica parecen reducir la rehospitalización temprana y los costos asociadas al tratamiento (Rodakowski, 2017).

Debiera preocupar que, tal como muestran las estadísticas, el rol del cuidado a largo plazo de un adulto mayor se delega casi exclusivamente a familiares, sin contar con un apoyo concertado por parte de los estados de gobierno (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE, 2017). El cuidado informal constituye el núcleo de los sistemas de atención a largo plazo y en parte, esto se debe a la escasez de programas de atención formal y pobre desarrollo (Cubit y Meyer, 2011; Sasat y Bowers, 2013; OCDE, 2017). En Chile, el Servicio Nacional del Adulto Mayor -SENAMA- (2009) señala que los cuidados sociales, familiares, o los brindados en Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), son los más utilizados para la atención a largo plazo, y que este tipo de cuidado, incrementarán su demanda desde 4 a 15 usuarios, en el período entre 2015-2050 (Aranco, Stampini, Ibararán y Medellín, 2018). En síntesis, en los procesos de salud y enfermedad en la adultez mayor participan familiares y entorno social, quienes asumen este cuidado sin necesariamente estar preparados para cumplir con ese rol, y dando respuesta finalmente, a cuidados de largo plazo cuya demanda aumentará en los próximos años (Gajardo, Budinich y Fuentes, 2015). Y que, por lo tanto, requieren del desarrollo de acciones concretas para reducir re-hospitalizaciones y proveer de un cuidado adecuado. Dado que son cuidadores informales quienes llevan a cabo estas acciones, apoyarlos y entrenarlos para ofrecer un cuidado adecuado.

2.2. Los cuidadores informales y la sobrecarga asociada al cuidado.

El **cuidado informal**, corresponde a la asistencia al sujeto dependiente que se presta de manera regular y sin preparación previa (Slachevsky et al., 2013). Incluye una serie de requerimientos que buscan mantener las condiciones de salud, autonomía, bienestar subjetivo y calidad de vida de las cuales se hacen cargo, comúnmente, los familiares (CEPAL-CELADE, 2003; Miranda y Yanet, 2013), sin recibir remuneración (Dirección de salud del gobierno de Escocia, 2005). Los cuidadores informales de adultos mayores, en Chile son, en su gran mayoría mujeres, esposas e hijas entre 50-59 años, que cohabitan y/o tienen una relación de pareja o de parentesco con las personas dependientes (Centro de Estudios de Vejez de la Universidad Católica, CEVE-UC, 2015). El tiempo empleado para ejecutar el cuidado, varía entre 20 a 39 horas semanales (Collins y Swartz, 2011), centrándose mayoritariamente en: higiene, alimentación, suministro de cuidados especializados (como vacunas, por ejemplo), labores domésticas, solventar costos económicos, entre otros. Estas tareas son realizadas muchas veces de forma individual y en jornada completa -24/7- (CEVE-UC, 2015; Jütten, Mark, Wicherts y Sitskoorn, 2018). Estos cuidadores informales de adultos mayores demandan para realizar de mejor manera estos cuidados, programas de capacitación en conocimientos/habilidades en distintos ámbitos de salud; y apoyo para la estabilidad psicológica/emocional de la diada cuidador/paciente. Lo que muestra que realizan estas tareas sin capacitación y con un costo emocional importante (CEVE-UC, 2015).

Entre las consecuencias psicológicas asociadas al cuidado sin ningún tipo de preparación, destacan la presencia de síntomas ansiosos y depresivos (Del-Pino-Casado et al., 2019). Se estima que la prevalencia de síntomas depresivos en cuidadores familiares de adultos mayores con demencia tipo Alzheimer y ataque cerebrovascular son de un 34 y 40.2% respectivamente (Del-Pino-Casado et al., 2019). Los autores han denominado a este problema la carga del cuidador y específicamente el **síndrome del cuidador**, que definen como una situación estresante que puede repercutir en el estado físico, emocional, psicológico, económico o social, del cuidador como resultado de las demandas del cuidado (George y Gwyther, 1986; Dueñas et al., 2006; Lacey, McMunn, Webb, 2018). Esto se explica por los cambios en el estilo de vida, tiempos de cuidado, tareas, impacto laboral, impacto económico, conflictos de rol; como subjetivas: reacciones

emocionales (culpa, tensión, preocupación) y actitudes del cuidador, (Flores, Rivas y Seguel, 2012; Martín-Carrasco, Domínguez-Panchón, Muñoz-Hermoso, González-Fraile y Ballesteros-Rodríguez, 2013), todas asociadas a la labor de cuidado. A medida que el cuidador se percibe como sobrepasado por las contingencias al otorgar atención, la carga finalmente puede derivar en sintomatología de carácter depresivo, ansioso o cuadros estrés que se conceptualizan con el denominado **síndrome del cuidador** (Flores et al., 2012).

Las causas más estudiadas de la sobrecarga asociada a los cuidadores son: la naturaleza y tipo de los síntomas neuropsiquiátricos del enfermo, y/o su nivel de dependencia; los estilos de afrontamiento utilizado por los cuidadores; la presencia y uso de las redes de apoyo social o familiar de la díada; el género del cuidador; y, la motivación y el tiempo destinados a la labor del cuidado (Espín, 2008). Además, las personas con síndrome del cuidador, en general, son desapercibidas por las entidades sociosanitarias y requieren de un diagnóstico precoz e inmediato (Flores et al., 2012). Por ende, asumir el rol de soporte tiene consecuencias en el desarrollo personal y salud mental del cuidador. Estos, deben enfrentar las distintas necesidades que surgen del cuidado, al mismo tiempo adaptarse a las condiciones de la enfermedad van progresando, y propician -finalmente-, el deterioro funcional del afectado (CEVE-UC, 2015). Esto se explica, porque las demandas de cuidado tienen efectos sobre la salud de los cuidadores, acentuando de igual manera su riesgo y/o vulnerabilidad, al asistir a un adulto mayor con algún tipo de enfermedad. Específicamente, las condiciones de multimorbilidad, de dependencia (Lacey, McMunn y Webb, 2018) o con un diagnóstico de demencia (Goren, Montgomery, Kahle-Wroblewski, Nakamura y Ueda, 2016), conllevan un gran costo para sus cuidadores.

El impacto en la calidad de vida de los cuidadores informales de personas mayores es diverso. Esto se explica por las condiciones particulares (enfermedades y sintomatología) de los últimos (Amer, Mohd, Choo, y Hairi, 2018). Un estudio sugiere que las fallas cardíacas, accidentes cerebrovasculares, hipertensión, diabetes, infarto al miocardio son las enfermedades más comunes de encontrar en pacientes con multimorbilidad (Ruiz, Bottle, Long, y Aylin, 2015). Son tanto las características de las tareas (tal como el suministro de medicamentos, entre otros), como la multiplicidad de estas mismas, las que definen en última instancia, la complejidad en los tratamientos de los adultos mayores con multimorbididades, y la carga sobre sus cuidadores (Clark

et al., 2008). Estas tareas pueden ser tanto visibles (medicación) como invisibles (monitorización de síntomas de deterioro) (Amer, Mohd, Choo y Hairi, 2018).

Cuidadores de personas con demencia han recibido más atención de parte de investigadores debido a la alta carga asociada con el cuidado, los problemas de salud mental y calidad de vida de los cuidadores (Goren et al, 2016). Estos estudios permiten informar respecto de las necesidades de cuidadores informales, en general. En estos se describe, que entre los factores que producen una mayor carga en el cuidador, se encuentran los problemas conductuales del afectado, y el manejo de los síntomas psiquiátricos y neurológicos asociados (Espín, 2008; Bradshaw et al., 2013). Por otro lado, y en línea con estos resultados, McCabe, You, Tatangelo (2016) en una revisión de la literatura, identificaron las necesidades de cuidadores de personas con demencia. Entre estas se señalan las siguientes: apoyo para asistir en las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL), - preparación de alimentos, tareas domésticas y financiamiento; soporte en las actividades de la vida diaria (ADL), -como la alimentación, movilidad e higiene- de los afectados; de información respecto al diagnóstico y progresión de la demencia; conocimiento acerca del manejo de síntomas físicos y psicológicos del enfermo; acceso a soporte de cuidado formal, que ofrezcan información respecto a la enfermedad, actividades sociales, y continuidad en el cuidado; abordar su salud, informando a profesionales sus cargas emocionales, su necesidad de apoyo para el abordaje de síntomas de ansiedad, miedos, estrés y preocupaciones, y también; la necesidad de prevenir la adquisición de enfermedades crónicas, gatilladas por la sobrecarga de cuidado (McCabe, You, Tatangelo, 2016). Además, se ha observado que aquellos que han cuidado a un paciente por un período de tiempo más prolongado, terminan utilizando más servicios de soporte (de salud, comunitarios, entre otros) y para descanso, en comparación con aquellos que le dedican una menor cantidad de tiempo y dedicación a esta labor (Wolff et al., 2017). Probablemente identifican con mayor claridad sus necesidades y los recursos disponibles.

En síntesis, el rol de cuidar a un adulto mayor es altamente demandante. Es el cuidador informal quien realiza labores de cuidado médico en el hogar. La falta de preparación en conocimientos y habilidades, y dada la alta y creciente demanda que acarrea este tipo de cuidado, es que un número cada vez mayor de personas están en riesgo de desarrollar sintomatología física o psicológica (como depresión o ansiedad), repercutiendo en la salud del adulto mayor a quien

asiste. **En otras palabras, se logran identificar dos aspectos sobre los cuales es necesario intervenir, 1) la incorrecta ejecución de los cuidados a largo plazo producto de la poca preparación del cuidador, y 2) la sobrecarga.** Por todo esto, se puede llegar a comprender, que prestar atención a los procesos de transición entre la hospitalización y el cuidado informal, puede contribuir al cumplimiento de objetivos y planes del Estado Chileno, que buscan asegurar el bienestar y calidad de vida en los cuidados de salud de los adultos mayores (SENAMA, 2016). Para alcanzar estas metas es clave no descuidar a los cuidadores y entregarles las herramientas necesarias para desarrollar las labores de cuidado.

No obstante, todo lo anterior, se debe tener en cuenta que las intervenciones destinadas a los cuidadores informales tienen efectos inmediatos sobre la percepción de sobrecarga, depresión, bienestar, conocimiento/habilidades (Pinquart y Sorosen, 2006; Brodaty et al., 2003), lo que además refuerza la necesidad de implementarlas de manera temprana. Existen distintos elementos relacionados con la implementación de las intervenciones, que van dirigidas a los cuidadores informales. Estas incluyen el momento en que se implementan, su formato, sus elementos, y componentes. A continuación, se presentan brevemente, antecedentes preliminares para el diseño de una intervención dirigida a los cuidadores informales de adultos mayores, durante los procesos de alta médica de los mismos.

2.3. Intervenciones dirigidas a cuidadores informales de adultos mayores.

Amer y colaboradores. (2018) señalan que la asociación entre calidad de vida y labor del cuidado es más clara, al analizar las características propias del cuidador, como, por ejemplo, que tenga una enfermedad crónica o dos o más enfermedades; problemas de salud; discapacidad física; enfermedad mental; ciertos atributos de personalidad, experiencia de cuidados, autoeficacia para ejecutar estrategias efectivas, gratificación por ejecutar la labor, entre otros. Esto significa que cualquier programa o intervención requiere reconocer las necesidades del cuidador y no solo las del paciente que requiere ser cuidado. Estos son aspectos a incorporar en el diseño de una intervención.

En relación a los programas basados en cuidados domiciliarios (*home-based primary care*), se sabe que tienen un impacto en el sujeto, sus cuidadores y los sistemas a los que acude (Stall, Nowaczynski y Sinha, 2014). En el 88,9% de las intervenciones se muestran reducciones en el uso de al menos 1 de los siguientes recursos: uso de días/camas en hospital, visitas a urgencia, hospitalizaciones, admisión de atención a largo plazo y días/camas cama a largo plazo; y en el 77,8% al menos en 2 (Stall et al., 2014). Y por lo tanto son posibles de considerar, pero requieren de recursos y visitas de parte de miembros del equipo de salud.

Además de entregar herramientas y conocimientos para el cuidado, se reconoce que se deben incluir: estrategias de manejo conductual; manejo del estrés y la angustia; estrategias de afrontamiento; información acerca de servicios de respiro; soporte grupal de forma presencial, para aumentar la preparación y confianza en manejar síntomas; promoción de la interacción entre la diada cuidador/paciente con capacitación en habilidades comunicativas; proveer entrenamiento para utilizar dispositivos de asistencia a largo plazo; un plan de terapia ocupacional (Piersol et al., 2017); así como una evaluación de las necesidades de los cuidadores para el diseño de intervenciones a la medida (Jütten et al., 2018), entre otros. Por lo tanto, toda intervención debiera incluir mediciones y/o escalas que permitan evaluar los distintos elementos sobre los cuales se ha desarrollado la intervención, y a la vez, identificar y definir de manera clara los distintos constructos y modelo teórico sobre la cual se fundamenta la intervención.

En resumen, la literatura que se ha concentrado en estudiar los procesos de transición, alta médica, y rehospitalización de las personas mayores han permitido esclarecer, que la implementación de programas estructurados y el trabajo con los cuidadores informales, puede tener múltiples impactos. En primer lugar, sobre la calidad de vida de los afectados, en su grado de preparación frente al cuidado médico e incluso autocuidado. Y, en segundo lugar, en el costo y recursos de atención invertidos a largo plazo en estos pacientes. Lo que finalmente se vuelve beneficioso para el sistema de atención pública, los usuarios, el hospital y cuidadores de estos pacientes.

3. Contextualización: Descripción del lugar

La presente propuesta se inserta en el Hospital Dr. Sótero del Río para ser implementada con cuidadores de pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina y en colaboración con profesionales de otras unidades de este Hospital, en este caso el CASR.

El CASR ofrece servicios de atención secundaria (área ambulatoria y hospital de día) y terciaria (hospitalizaciones). También en control a usuarios hospitalizados egresados, de edades entre 65 y 79 años, alcanzan la cifra de 5.959, y los de 80 o más años un total de 2.345, representando el 20,74% de los egresos totales (40.022) en el año 2017 (Departamento de estadísticas e Información de Salud (DEIS), s.f). Además, del total de los egresados, el 95% (38.041) pertenecen al Fondo Nacional de Salud (FONASA) (DEIS, s.f).

El Servicio de Medicina se divide en 3 áreas, medicina básica, medicina aguda y oncología. El taller estará dirigido a los cuidadores principales, o informales, de adultos mayores que se han hospitalizado en medicina básica. Esto se debe a que recibe la mayor tasa de adultos mayores. El área de medicina básica tiene capacidad para recibir hasta 72 pacientes, con la asistencia de 21 enfermeras. La población en el Servicio de Medicina, mayor de 65 años, egresa con diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva (313), neumonías bacterianas (254), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (242) y neumonía no especificada (239); en la Unidad de Neurología-Neurocirugía, es el del infarto cerebral (213) y en traumatología, serían las fracturas del cuello de fémur (136) (DEIS, s.f). Además, se ha estimado que el promedio de estadía hospitalaria de los adultos mayores fue de 16 días en el año 2018.

Debido a la prolongada estadía de los adultos mayores en el hospital, es que se vuelve relevante poder entregar un servicio, que permita entregar un cuidado efectivo tras el alta médica y evitar el reingreso de estos usuarios, producto de una incorrecta ejecución de cuidados a largo plazo. Esto podría reducir enormemente los gastos médicos asociados, y el esfuerzo que el equipo profesional dedica (en término de horas e insumos) en el cuidado de un adulto mayor que es rehospitalizado. Al mismo tiempo, previene el colapso del sistema en los momentos de mayor afluencia del público (como los meses de invierno en donde hay más riesgo de contraer problemas respiratorios, influenza, y actualmente el COVID-19, entre otros). Por tanto, desde la Escuela de

Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, ofrecemos el diseño de un taller para cuidadores informales de adultos mayores con multimorbilidad.

4. Propósito y Objetivos

Dada la naturaleza del problema, este trabajo tiene como propósito disminuir el reingreso de los pacientes adultos mayores, dependientes de un familiar o conocido, producto de una incorrecta ejecución de cuidados a largo plazo, y a través de abordar las necesidades de los cuidadores para realizar estas labores.

Objetivo general: Diseñar un taller para cuidadores informales, de adultos mayores con morbilidad y multimorbilidad hospitalizados en el Servicio de Medicina del Complejo asistencial Doctor Sótero del Río.

Objetivos específicos:

1. Describir y analizar el diseño de intervenciones derivada de estudios primarios, dirigidas a cuidadores informales de adultos mayores con morbilidad y/o multimorbilidad.
2. Levantar información de recursos hospitalarios (económicos, infraestructura, recursos humanos y políticos) para una correcta implementación.
3. Elaborar la intervención y el manual asociado, en base a los antecedentes recopilados.

5. Metodología

La metodología utilizada para el diseño de intervención fue de carácter cualitativo observacional-descriptivo, y se basó en el *estudio de caso*. El estudio de caso explora un sistema a través de la recopilación de datos detallados, e informa al investigador acerca de los temas estudiados (Creswell y Poth, 2017). Este estudio considera 3 fases: 1) revisión de la literatura actualizada respecto de intervenciones efectivas (*“revisión de literatura”*), 2) recolección de antecedentes e información de la institución y agentes claves, para asegurar una implementación

adecuada (“*levantamiento de información de implementación*”) y 3) elaboración del diseño final de intervención.

5.1. Procedimiento y participantes

1. La *revisión de la literatura* se realizó en 2 fases. Para el desarrollo de esta fase se utilizó en una primera etapa, los buscadores: Epistemonikos, Cochrane Review y Pubmed, usando las palabras clave: *aged caregiver, older people caregiver, elderly caregiver, aged informal caregiver, older people, informal caregiver, elderly informal caregiver intervention*. Los filtros para esta fase se fijaron fueron “Systematic Review”, “Meta Analysis” y en una antigüedad de hasta 5 años. Se excluyeron resultados que se enfocaran en cuidadores de personas jóvenes; cuidadores formales (profesionales o técnicos médicos u asociados); y los resultados duplicados. Finalmente, se ordenaron los resultados en base a objetivos, resultados (positivos, negativos) y consideraciones y limitaciones.

Para la segunda fase, se utilizó la estrategia de muestreo por bola de nieve, a partir de las referencias de las fuentes secundarias (revisiones sistemáticas y metaanálisis), de la etapa 1. Se priorizaron las investigaciones que mostraron una mayor potencia estadística, en los metaanálisis. Los resultados de esta revisión se ordenaron bajo los siguientes criterios de: objetivos, tipos de intervención, participantes, componentes y resultados. Estos son presentados en la sección de resultados de este informe.

Se buscó integrar los resultados obtenidos en un modelo teórico que permitiera organizar la información recopilada.

2. Para el *levantamiento de información para la implementación y evaluación de necesidades*, se realizaron entrevistas semiestructuradas a agentes claves (técnicos y profesionales del servicio de medicina, asistencia social y usuarios) individualmente, reclutados por técnica de muestreo intencionado con apoyo de parte de la institución. A estos se les aseguró, el resguardo de su información personal. Luego, las entrevistas fueron transcritas palabra por palabra, y el material generado fue sometido a un análisis temático (Braun y Clarke, 2006). Se entrevistaron a cuidadores

informales o principales identificados, por medio de trabajadora social o enfermera, que se encontraban presentes en el servicio de medicina. El procedimiento fue similar para el reclutamiento de técnicos y profesionales del Servicio de Medicina del Complejo Hospitalario Doctor Sótero del Río. Estas fueron realizadas por un estudiante del Magíster de Psicología de la Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Las entrevistas fueron aplicadas por representantes del equipo de investigación (trabajadores sociales y psicólogos). El entrevistador fue instruido para realizar las preguntas y obtener la mayor cantidad de información de cada una. Una vez obtenida la información correspondiente con cada una de las categorías establecidas el marco teórico del “Theoretical Domain Framework” (Atkins et al., 2017) y el “Esquema Ontológico” de Michie, West, Sheals y Godinho (2018), el entrevistador seleccionaba aquellas preguntas no respondidas o cuya respuesta no había sido precisada por el participante. No todas las preguntas fueron realizadas a todos los participantes, pero los temas definidos fueron completados por todos ellos.

Los criterios *inclusión* para los agentes claves fueron: técnicos y profesionales contratados en el servicio de medicina y cuidados domiciliarios; cuidadores principales, de los usuarios del servicio de medicina; expertos relacionados con el tratamiento del adulto mayor, cuidadores informales, o metodólogos relacionados con temáticas de diseño de intervenciones basados en evidencia en salud. Los criterios de *exclusión* serán: técnicos y profesionales no relacionados con el hospital; cuidadores informales o principales de personas <60 años, que sean usuarios de las prestaciones dadas en el hospital.

3. Desarrollo de la intervención: A partir de los resultados de las dos fases anteriores, se procedió a analizar las estrategias que demuestran un mayor grado efectividad a partir de la evidencia; las barreras y facilitadores del contexto hospitalario, y; las principales necesidades de los cuidadores y profesionales entrevistados. Esto permitió establecer las directrices y límites de la intervención. A continuación, se integraron los resultados considerando: 1) objetivos generales y específicos, 2) participantes, dosis, duración, extensión, técnicas, componentes, y procedimientos éticos correspondientes 3) instrumentos de medición, recursos mínimos necesarios; y finalmente 4) una propuesta de medición de efectos a corto y largo plazo entorno a parámetros de cambio conductual, adherencia, satisfacción usuaria, factibilidad e indicadores de salud.

Finalmente, todo el proceso fue desarrollado bajo una línea de trabajo iterativo, por tanto, cada fase fue sometida a evaluación y aprobación, por parte de un Comité de Expertos, conformada por una Psicóloga de la Salud, una Psiquiatra y un Neurólogo perteneciente al hospital.

5.2. Instrumentos

Para la fase 2 se utilizó una entrevista semiestructurada dirigida a los agentes clave, diseñada por el equipo de investigación que se enfocó en determinar aspectos de infraestructura, políticos/administrativos, recursos humanos y demandas, desde los usuarios, técnicos y profesionales del servicio de medicina (*Ver anexos 9.2*).

La pauta de entrevista fue diseñada en base a el Marco de Dominios Teóricos o TDF (por su sigla en inglés, Theoretical Domain Framework) (Atkins et al., 2017) y el esquema ontológico de las intervenciones de cambio conductual (Michie et al., 2018). El TDF fue desarrollado para la investigación de la implementación y busca analizar la influencia del comportamiento de los equipos médicos y los usuarios, al momento de llevar a cabo una intervención (Atkins et al., 2018). Desde esta perspectiva se clasificaron las preguntas bajo tres constructos: Oportunidades, Capacidades y Motivaciones. Por otro lado, el esquema ontológico del cambio conductual desarrollado por Michie et al. (2018), señala un orden y asociación entre los distintos elementos presentes en las intervenciones de cambio conductual. Desde aquí las categorías son clasificadas en **Intervención** (“*Contenido*” y “*Formato de entrega*”) que tiene que ver con los lineamientos prácticos de la implementación; **Exposición** (“*Alcance*” y “*Compromiso y otras condiciones para su implementación*” *Compromiso*), que da cuenta del grado en que la intervención será adoptada por el implementador y el nivel de impacto que tendrá en el medio; y el **Contexto** (“*Cuidadores y Profesionales*” *Población* y “*Setting y Procedimiento*” *Setting*) que se relaciona con la población que finalmente participará de la intervención. En síntesis, las preguntas fueron diseñadas con el fin de abarcar todos los aspectos involucrados en los procesos de cambio conductual e implementación de una intervención. El mismo set de preguntas fue clasificado bajo los dos modelos de investigación. Además, se adaptaron las preguntas en dos formatos distintos, uno dirigido a los

profesionales y la otra dirigida a los usuarios del servicio del hospital. En total la pauta para profesionales tiene 31 preguntas, y la de usuarios 20.

6. Resultados

En la siguiente sección se presentan los principales resultados obtenidos de a) la revisión de literatura (Tabla 1) y, b) las entrevistas semiestructuradas (Tabla 3). Las Tablas están presentadas al comienzo de cada sección y luego se presentan los resultados.

6.1. Revisión de la literatura.

6.1.1. Intervenciones dirigidas a cuidadores informales de adultos mayores.

Tabla 1.
Resultados principales de revisión literatura

Equipo	Intervención	Participantes	Resultados
Wang et al., 2012	● N° sesiones: 12 sesiones (1.5 hr.). ● Formato de entrega: Grupal. ● Estrategias: información, grupos de discusión, soporte psicológico, resolución de problemas. ● Cuestionarios: Zarit, NPI-D, WHOQOL-BREF y FSSI.	● N = G.I: 39, G.C: 39 ● Diagnóstico: demencia. ● Profesionales: enfermera psiquiátrica, con 5 años de experiencia en demencia, 2 días de capacitación.	● mejora en calidad de vida. ● disminución del estrés.
Chiu et al., 2015	● N° sesiones: 1 sesión, (1 hr.), 3-4 semanas ● Formato de entrega: domicilio de los usuarios. ● Estrategias: resolución de problemas e información. ● Cuestionarios: Entrevista de Carga de Zarit, Escala de Competencia del Cuidador y Escala de Estrés Percibido.	● N = G.I.:28, G.C.: 26 ● Diagnóstico: demencia. ● Profesionales: médicos expertos en la terapia de resolución de problemas.	● mejoras en dominio. ● mejoras en sentido de competencia. ● reducción sobrecarga y estrés.
Xiao et al., 2015	● N° sesiones: 2 sesiones de evaluación inicial, 1 llamada mensualmente,	● N = G.I.: 31, G.C.: 30 ● Diagnóstico: demencia.	● mejoras en el sentido de competencia.

	visitas trimestrales de reevaluación, actividades grupales. ● Formato de entrega: individual, domicilios de los usuarios, seguimiento (telefónico y visita domiciliaria) de 6 y 12 meses. ● Estrategias: Proceso PCSP. ● Cuestionarios: SSCQ, SF-36, ‘‘Blessed Dementia Score’’, y cuestionario QUOTE-elderly.	● Profesionales: enfermera, trabajadores comunitarios (2 hombres y 7 mujeres) con conocimientos acerca del tratamiento de la demencia, capacitados en 2 sesiones de 3 horas.	● mejoras en la calidad de vida.
Guerra et al., 2011	● Nº sesiones: 5 sesiones. ● Formato de entrega: en los domicilios de los usuarios. ● Estrategias: compartir información y entrenamiento de habilidades de cuidado. ● Cuestionarios: Entrevista de Carga de Zarit (ZBI), SRQ 20, NPI-Q, WHOQOL-BREF y DEMQOL.	● N = G.I.: 29, G.L.E.: 29 ● Diagnóstico: demencia ● Profesionales: profesionales capacitados en habilidades de consejería, para la evaluación para identificar los problemas experimentados por la familia del paciente y los recursos disponibles para la atención.	● educación de distrés.
Huang et al., 2013	● Nº sesiones: 2 sesiones (2-3 hr.), seguimiento telefónico (20-30 min.) semanal y mensualmente. ● Formato de entrega: en domicilios de los usuarios. ● Estrategias: restructuración del ambiente físico, reforzamiento positivo, revisión de metas de comportamiento y compartir información. Proceso PLST y ABC. ● Cuestionarios: Caregiver Preparedness Scale, Competence Scale (17 items), y Agitation Management Self-Efficacy Scale.	● N = G.I.: 63, G.C.: 66 ● Diagnóstico: demencia. ● Profesionales: enfermeras capacitadas en PLST y ABC, y supervisado por experto.	● mejoras en preparación. ● ejores en competencia. ● mejoras en la autoeficacia.
Kuo et al., 2012	● Nº sesiones: 2 sesiones (2-3 hr.), seguimiento telefónico (20-30 min.) semanal y mensualmente.	● N = G.I.: 55, G.C.: 53 ● Diagnóstico: demencia. ● Profesionales: enfermeras capacitadas en	● educación en dolor corporal.

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Formato de entrega: en domicilios de los usuarios ● Estrategias: restructuración del ambiente físico, reforzamiento positivo, revisión de metas de comportamiento y compartir información. ● Cuestionarios: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D, Caregiver Preparedness Scale y SF-36. | PLST y ABC, y supervisado por experto. | <ul style="list-style-type: none"> ● educación de discapacidad por problemas emocionales. ● umento de vitalidad ● educación del riesgo de depresión |
|--|--|--|

G.I.: grupo de intervención; G.C: grupo control; GLE: Grupo en lista de espera; SRQ 20: Self Reporting Questionnaire; NPI-Q: Neuropsychiatric Inventory Questionnaire ; WHOQOL-BREF: Cuestionario de calidad de vida; DEMQOL: Development a new measure of helth-related quality of life for people with dementia; PCSP: Personalized Dementia Care Intervention; CES-D: Escala Center for Epidemiological Studies–depression; SF-36: Cuestionario de Salud; PLST: Progressively Lowered Stress Threshold Model; FSSI: Family Support Services Index; y SSCQ: **Scottish Surveys Core Questions**.

Entre las intervenciones de soporte, es decir aquellas que entregan apoyo, educación, información y entrenamiento de los cuidadores de adultos mayores, tienen efectos en la reducción de estrés o mejoras en la calidad de vida, no obstante, hay pocos resultados significativos (Aksoydan et al., 2019). Cabe destacar que se usaron distintas estrategias en este tipo de intervenciones, como son recursos de e-learning, que redujeron los resultados en síntomas depresivos, e incrementaron los resultados en competencia y satisfacción; también las intervenciones multicomponente con un coordinador familiar, geriatra, grupo de soporte, y servicios individualizados, mostraron un ahorro del 30% gasto médico de las familias en un año. Al contrario, los equipos que utilizan la figura de un conductor de caso (case manager), no encontraron resultados significativos. Lo mismo ocurre con los resultados de un grupo que utilizó una estrategia domiciliaria, bajo el protocolo MIND, que buscaba educar y entrenar a los cuidadores de personas con demencia (Aksoydan et al., 2019).

En el estudio de Chodosh et al. (2015) se compararon visitas domiciliarias en persona, con contacto telefónico y correo v/s solo contacto y manejo telefónico. De las medidas que se tomaron, solo la calidad de cuidado aumentó sustancialmente en ambos grupos, mientras que la sobrecarga del cuidador, problemas conductuales del paciente, retención o utilización de servicios de salud no disminuyeron no tuvieron cambiaron en ninguno de los dos brazos de intervención (Chodosh et al., 2015). Otra aproximación utilizó una intervención basada en la terapia de resolución de problemas, la cual mostró significativas mejoras en el afrontamiento orientado a la tarea, dominio

de experiencia (*mastery*) y competencia; y la disminución significativa del afrontamiento centrado en la emoción, la sobrecarga y el estrés (Chiu, Pauley, Wesson, Pushpakumar y Sadavoy, 2015). En un estudio, los pacientes con cáncer y sus cuidadores, mediante la educación de cambio comportamental de salud, vieron mejoradas su actividad física e índice de masa corporal. Además, se evidenció un aumento de la ingesta de verduras y pérdida de peso de los usuarios (James et al., 2015). Para el tratamiento de la depresión y la salud, en cuidadores de personas que han sufrido un ataque cerebrovascular (Legg et al., 2011), se ha visto efectividad al enseñar conocimientos prácticos y de procedimiento para el cuidado (Kalra et al., 2004), que están en línea con el enfoque de resolución de problemas.

En línea con lo anterior, los autores señalan que enfoques de resolución de problemas, control de pensamientos negativos y reevaluación positiva deben ser promovidos. Esto, porque se ha observado que, las estrategias de manejo cognitivo y la de resolución de problemas, podrían ser más eficaces con los estresores incontrolables, y con los controlables, respectivamente (Del-Pino et al., 2011). Además, las conductas de afrontamiento centradas en la emoción y aproximación al problema muestran relaciones confusas o carecen de evidencia (Del-Pino et al., 2011). De hecho, los cuidadores de adultos mayores con discapacidad, que utilizan estrategias de evitación, muestran una asociación positiva entre este tipo de estrategias y la carga subjetiva, ya que al parecer son disfuncionales y/o ineficaces (Pérez-Cruz, Muñoz-Martínez, Parra-Anguila y del Pino-Casado, 2017) y generan emociones negativas (Del Pino-Casado, Frías-Osuna, Palomino-Moral y Pancorbo-Hidalgo, 2011).

En cuanto a las intervenciones enfocadas en la transición entre hospital/hogar, se sabe qué factores como el dominio sobre el nuevo rol, el bienestar de las relaciones interpersonales, el afrontamiento y la confianza, serían indicadores de una transición saludable (Fitzpatrick y Tzouvara, 2019). Se ha podido demostrar que este tipo de intervenciones, centradas en el paso desde el espacio de cuidado formal al domiciliario, tienen un efecto sobre el retraso y prevención de las tasas de rehospitalización temprana (con excepción de las intervenciones basadas en prácticas de medicina general y enfermería) (Allen, Hutchinson, Brown y Livingston, 2014; Rodakowski et al., 2017). Otros estudios, basados en un protocolo de alta (*discharge*) han demostrado una disminución de costos y mejoras en la calidad de vida (física o psicológica) (Allen,

Hutchinson, Brown y Livingston, 2014). Metaanálisis más recientes señalan que, a nivel general, los efectos de las intervenciones de alta médica -con uno o más componentes de enfermería-, no son estadísticamente significativos para: la mejora en la calidad de vida, la reducción de la estancia, ni la readmisión hospitalaria, a nivel general (Mabire et al., 2018). Contrario a esto último, se observa que el análisis de subgrupos (por país), en especial los observados en Estados Unidos, sí fueron significativos (Mabire et al., 2018). Estos autores, señalan que el análisis de este tipo de intervenciones es complejo de evaluar, por la falta de información respecto al tratamiento usual al que se exponían los grupos de control, las necesidades de los usuarios, el tipo de profesional responsable de la intervención, o el tamaño de los hospitales (Mabire et al., 2018).

Finalmente, a partir de estas revisiones es posible identificar elementos comunes en intervenciones exitosas: la conexión de los pacientes y cuidadores con servicios comunitarios, entrega de información escrita, y la *reconciliación de medicamentos* (comparación de la lista actual de medicamentos, con los que el paciente ha estado consumiendo) (Rodakowski et al., 2017). Un detalle interesante, es que los resultados de las intervenciones de preparación del alta médica, que se realizan en conjunto con los cuidadores, son generalizables a cualquier tipo de patología, según el equipo de Rodakowski et al (2017). Esto se debe, a que, al momento de la revisión de la literatura, los efectos se dieron sin controlar por tipo de enfermedad (Rodakowski et al., 2017).

En términos más específicos, este tipo de intervenciones -las de preparación del alta hospitalaria-, destacan las del grupo de Courtney et al. (2009) y de Naylor et al., (2004). El primer grupo, diseñó una intervención basada en un protocolo de alta médica (*Older Hospitalised Patients' Discharge Planning and In-home Follow-up Protocol, OHP-DP*), y daba inicio en las primeras 72 horas desde el ingreso de los usuarios al hospital. Una enfermera y un fisioterapeuta realizaban una evaluación comprensiva de la persona mayor, (también de los profesionales de salud, familiares y cuidadores), que les permitía el diseño de planes de cuidado con metas y objetivos específicos, y que se centraban en la realidad de cada usuario (Courtney et al., 2009). Los planes de cuidado incluían 3 módulos. El módulo 1. *Ejercicio físico*, se centraba en un plan de estiramiento muscular, entrenamiento de balance, caminata y fortalecimiento muscular. El módulo 2 -*Intervenciones de enfermería durante la hospitalización*-, consistía en el desarrollo de un plan tras el alta médica incluyendo: habilidad funcional y necesidad de asistencia en las actividades de la vida diaria;

tratamiento y seguimiento médico tras el alta hospitalaria; apoyo social; información acerca del manejo de las enfermedades crónicas; y finalmente información de medicamentos y servicios comunitarios. En el módulo 3, llamado *Intervenciones tras el alta hospitalaria*, la enfermera realizaba una visita domiciliaria para evaluar áreas de soporte para la ejecución del plan desarrollado en el módulo 2. Además, se realizaba un seguimiento telefónico. En primera instancia, el seguimiento se realizaba semanalmente (4 semanas), y luego, mensualmente (5 meses), tras el alta hospitalaria (Courtney et al., 2009). Estos autores encontraron resultados significativos positivos en el aumento de los puntajes de calidad de vida (SF-12v2) en el componente físico ($F(3, 279) = 30,43, P < 0.001$) y mental ($F(3, 279) = 7.20, P < 0.001$), por un lado; y por el otro, la reducción del reingreso hospitalario por emergencias (grupo de intervención = 22% y grupo control = 47%, $P = 0.007$) y vistas del médico profesional (grupo de intervención = 25% y grupo control = 67%, $P < 0.001$).

Naylor y colaboradores (2004), diseñaron una intervención que va desde el ingreso hospitalario, hasta 3 meses tras el alta. Se utilizó un protocolo de estudio, que se centraba en cuidadores de usuarios con insuficiencia cardíaca, y que incluía una identificación de los objetivos de los usuarios y cuidadores, planes individualizados de atención que eran desarrollados e implementados por las enfermeras, estrategias educativas y conductuales para el abordaje de necesidades de los pacientes y cuidadores, coordinación con otros servicios de atención médica tras el alta hospitalaria, participación de enfermeras expertas en la prestación y gestión de servicios clínicos en usuarios de alto riesgo. Además, la intervención incluía, una visita diaria de los profesionales, desde el ingreso hasta el alta hospitalaria; visitas domiciliarias semanales durante el primer mes; visitas bimestrales durante el mes 2 y 3; visitas adicionales basadas en las necesidades de los usuarios Naylor et al. (2004). Este equipo, encontró que el tiempo de reingreso o muerte de los pacientes en el grupo de intervención fue más largo (log rank $\chi^2 = 5.0, p = 0.026$). También se observó que, a las 52 semanas desde la implementación, había una menor cantidad de reingresos (104 v/s 162, $p = 0.047$) y costos asociados al tratamiento (7,636 vs 12,481 dólares, $p = .002$), en el grupo intervenido.

En síntesis, todas estas intervenciones incluyen componentes que permitan centrarlas en las necesidades particulares de los usuarios, como la terapia de resolución de problemas, los planes de

entrenamiento individualizado, entre otros. Además, muchas de estas modalidades de acción, tienen instancias posteriores al alta médica, que les permite dar seguimiento a los pacientes y sus procesos de cuidado.

6.1.2. Intervenciones dirigidas a cuidadores informales de personas con demencia.

En esta revisión se incorporó información de intervenciones dirigidas a cuidadores informales de personas con demencia, dado que en un porcentaje importante corresponde a adultos mayores, con otras morbilidades, lo que permite informar el diseño de estudio.

Las revisiones sistemáticas que se han centrado en analizar los resultados de las intervenciones dirigidas a cuidadores informales de personas con demencia se han enfocado en estrategias educacionales y de soporte. Éstas, son organizadas por los autores usualmente bajo las categorías de: manejo de caso, psicoeducacionales, grupales, de respiro (provisión de cuidado temporal por un sustituto o centros diurnos), de soporte general, de componente único, psicoeducacionales multicomponentes, terapia ocupacional, terapia cognitivo conductual, entrenamiento al receptor del cuidado, entre otras (Piersol et al., 2017; Vandepitte et al, 2016; Pinquart y Sorosen, 2006).

Los estudios de manejo de caso no tienen efecto sobre la carga del cuidador, bienestar, ni la calidad de vida. Mientras que los que utilizan estrategias de terapia ocupacional (incluyendo entrenamiento y estimulación cognitiva), utilizan un mayor número de servicios de respiro (o descanso, alivio del cuidado) (definidos como centros de apoyo realizados dentro o fuera de los domicilios de los cuidadores, y para darle espacio de descanso o alivio temporal en el cuidado, centros de día, por ejemplo) (Piersol et al., 2017; Neville, Beatti, Fielding y Mac Andrew, 2015), los que parecen resultar prometedores (Jütten et al., 2018). Vandepitte et al. (2016), muestran que la terapia ocupacional logra resultados en reducir circunstancias específicas entre la dinámica cuidador/receptor (como los problemas de comunicación, por ejemplo). Además, mejoran la autoeficacia de los cuidadores cuando la intervención es llevada a cabo de manera individual. Las intervenciones grupales, en modo presencial, mejoran el bienestar, y reducen carga, depresión y estrés. Por otro lado, la evidencia de las grupales vía internet es insuficiente (Piersol et al., 2017).

Sin embargo, hay hallazgos de que la presencia de otros cuidadores online permite la normalización del cuidado, un quiebre en la soledad, y además que la presencia de un experto permite el logro de los propósitos y el reforzamiento de la confianza en la adquisición de habilidades por parte de los cuidadores (Parra-Vidales et al., 2017). También existe evidencia de reducción de la depresión y ansiedad, pero no así sobre la sobrecarga ni estrés (Zhao et al., 2019), no obstante, los resultados son heterogéneos y no hay consenso claro a favor de las intervenciones basadas en la web (Piersol et al., 2017). Resulta interesante que el contacto “cara a cara” es una de las estrategias más efectivas utilizadas por los investigadores, y por otro lado se alinea con el contexto que estamos estudiando (familias con acceso a internet restringido). Las intervenciones cognitivo-conductuales, centradas en el reencuadre cognitivo y entrenamiento de habilidades, logran reducir la depresión, ansiedad, estrés (con fuerte nivel de evidencia) (Piersol et al., 2017; Pinquart y Sorosen, 2006), y sobrecarga (Pinquart y Sorosen, 2006). Además, éstas parecen ser efectivas en la disminución de pensamientos irracionales de los cuidadores (Vandepitte et al, 2016).

Las intervenciones de componente único utilizan una metodología heterogénea, por lo que las revisiones no permiten esclarecer su efecto. Las intervenciones multicomponentes, muestran aumento de la calidad de vida del cuidador, bienestar y auto eficacia en el manejo de los problemas (Piersol et al., 2017). Hay un alto nivel de evidencia respecto de la utilidad de intervenciones multicomponentes al reducir la carga y depresión (Piersol et al., 2017). Pinquart y Sorosen (2006), señalan un aumento de la salud y apoyo social, pero con efectos desde moderados a pequeños (Jütten et al., 2018). Además, las intervenciones multicomponentes reducen el riesgo de institucionalización (baja significancia) (Piersol et al., 2017). La psicoeducación -con enfoque multicomponente- es la estrategia más utilizada y en general tiene un buen grado de eficacia (el 86% de los estudios mostraron un resultado benéfico), sobre distintas variables, como la sobrecarga, por ejemplo (Jensen, Agbata, Canavan y McCarthy, 2015; Vandepitte et al, 2016). Éstas deben considerar la inclusión de actividades como role play o tareas de aplicación de habilidades (Pinquart y Sorosen, 2006). Además, hay evidencia de que los cursos más cortos (de entre 2.5 a 7 horas), resultan más eficaces que los de larga duración -10 o más horas-, (estos efectos pueden ser moderados por el nivel de ingresos de los países). Estos resultados, sin embargo, deben ser considerados con cierta precaución, ya que existen estudios que indican un efecto moderador nulo o incluso, contradictorio (Brodaty et al., 2003; Jensen et al., 2015; Jütten et al., 2018).

Finalmente, un metaanálisis más reciente, confirma que los resultados de estas intervenciones son independientes del: número de sesiones (con excepción de los resultados en el sentido de competencia); formato de entrega cara a cara; contenido; materiales utilizados; centradas o no a los participantes; modalidad grupal; o la ubicación en donde se realizaron (Jütten et al., 2018). Esto permite entregar en distintos formatos una intervención considerando las condiciones de cada cuidador.

En el metaanálisis de Jütten y colaboradores (2018), se logró estimar que las intervenciones conductuales y psicosociales tienen efectos pequeños, pero significativos en la sobrecarga de los cuidadores ($g = -0.20, p < 0.001$), depresión ($g = -0.19, p < 0.001$), estrés ($g = -0.18, p < 0.001$), competencia ($g = 0.31, p < 0.001$) y calidad de vida ($g = 0.36, p = 0.008$); mientras que los resultados sobre la ansiedad no son estadísticamente significativas ($g = -0.13, p = 0.058$) (Jütten et al., 2018). Dentro de cada variable, destacan resultados con un mayor efecto sobre los resultados, estos se resumen en la tabla 1. Por otro lado, Vandepitte y coautores (2016) distinguen ciertas mejoras significativas en la salud de los receptores de cuidados, como la reducción de la interrupción del sueño, mejora de los puntajes de depresión y autoestima, y la mantención de la actividad cognitiva y calidad de vida (Vandepitte et al., 2016).

Entre las distintas intervenciones encontramos que los resultados obtenidos por Wang, Chien y Lee (2012), tienen efectos prometedores sobre la calidad de vida (2.28) y reducción del estrés (-0.54) en los cuidadores. Su intervención consistía en 12 sesiones grupales, de 1.5 horas, por 24 semanas. La primera sesión busca el compromiso de los cuidadores, luego evalúa las necesidades psicológicas de los cuidadores (tres sesiones), el tratamiento de las necesidades de los miembros de la familia y la persona con demencia (tres sesiones), adoptar el rol positivo y desafíos de cuidar (4 sesiones), y la finalización del trabajo de grupo (1 sesión). Entre las estrategias utilizadas estaban la entrega de información, discusión, soporte psicológico y resolución de problemas (Wang et al., 2012).

Chiu y colaboradores (2015) utilizaron la terapia de resolución de problemas para poder atender a los cuidadores de usuarios de personas con demencia. En este estudio, se siguió un modelo de 8 pasos, que consisten en 1) la explicación del tratamiento, 2) aclaración y definición

de los problemas, 3) establecimiento de metas alcanzables, 4) creación de soluciones alternativas, 5) análisis de los pros y contras de cada alternativa, 6) selección de una de las soluciones, 7) desarrollo e implementación de la solución, y finalmente, 8) la evaluación del progreso. Un miembro del equipo iba 1 hora al domicilio de los usuarios, por un total de 3 o 4 semanas. Este equipo obtuvo resultados significativos en el aumento del sentido de competencia, con una diferencia de 1.6 ($p < 0.001$) entre la línea base y posterior a la intervención, competencia 2.6 puntos ($p < 0.001$); y una disminución del estrés de -3.6 puntos ($p < 0.001$).

El equipo de Xiao, De Bellis, Kyriazopoulos, Draper y Ullah (2015), desarrolló una intervención en la que cada uno de los usuarios contaba con un coordinador capacitado, para el desarrollo e implementación un plan de soporte para el cuidador personalizado (PCSP, por sus siglas en inglés). El plan incluía 5 áreas de apoyo: entrega de información, de educación y habilidades, de seguridad ambiental, de cuidado sociocultural, y de autocuidado. En primera instancia, los coordinadores realizan visitas domiciliarias a los cuidadores para 1) realizar una evaluación de necesidades y, además, 2) el encuadre del proceso del PCSP. Luego de eso, se contactaba telefónicamente una vez al mes (en donde se discutía nuevamente las necesidades de los usuarios y sus cuidadores), y se realizaba una visita trimestralmente al hogar. En caso de que fuera necesario, se organizaban conferencias para la discusión de los desafíos continuos. El apoyo del cuidador incluía actividades como reuniones grupales de soporte y sesiones de información. Además, en esta intervención, se utilizó un “Diario de cuidado”, que ayuda a los coordinadores a poder identificar las necesidades de atención (Xiao et al., 2015). Finalmente, este equipo observó un incremento en los puntajes de competencia ($F = 15.76$, $p < 0.001$), Calidad de vida ($F = 29.72$, $p < 0.001$), de manera significativa (Xiao et al., 2015).

Guerra y colaboradores (2011) obtienen resultados a partir de una intervención que fue diseñada y aplicada en países como India y Perú. En esta, se buscaba la educación de los cuidadores acerca de la demencia. Se basaba en 3 módulos, realizado en 5 sesiones semanales de 30 minutos cada una. El primer módulo (1 sesión) denominado como “evaluación”, se focaliza en las disfunciones cognitivas, funcionamiento, el conocimiento de la demencia y la adaptación al cuidado. En el módulo 2 (2 sesiones), se realiza una introducción básica de la enfermedad, la expectativa y progreso de la enfermedad, causas y la disponibilidad de tratamiento. Finalmente, el

módulo 3 (2 sesiones), es el entrenamiento de los problemas conductuales, en el que se abordan hasta 8 conductas que se hayan identificado en la evaluación inicial. Los resultados obtenidos por Guerra et al. (2011), se ven reflejados en la disminución en los puntajes de la escala de sobrecarga de Zarit, que alcanza un promedio de -3.6 ($DE = 4.6$; $t = 3.8$, $gl = 54$, $p < 0.001$) en el nivel de molestia psicológica (distress).

Los equipos de los estudios de Huang et al. (2013) y Kuo et al. (2012) utilizaron un modelo conocido como *Progressively Lowered Stress Threshold* (PLST) y la Teoría de Evento Antecedente-Conducta-Consecuencia, ABC por sus siglas en inglés (Skinner, 1953) para desarrollar intervenciones para cuidadores. El PLST se enfoca en ayudar a los cuidadores a identificar los estresores causantes de los problemas de conducta específicos, como la agresividad, sugerencias de modificación del ambiente y la calendarización. Huang et al. (2013) señala que su programa de intervención considera una alianza de trabajo entre el cuidador principal y una enfermera, en donde ambos identifican los problemas conductuales, sus causas, y servicios comunitarios que las familias necesitan, y consecuentemente planean una estrategia de solución en conjunto. Por otro lado, la teoría del comportamiento ABC se enfoca en cambiar lo que sucede luego de algún acontecimiento problemático, enseñando a los cuidadores a analizar el comportamiento de las personas con demencia, explorando las posibilidades de cambio y la disminución del estrés ambiental (Skinner, 1953). Ambos modelos, buscan finalmente en mejorar la competencia de los cuidadores en el control de la conducta y las consecuencias de personas con demencia (Huang et al., 2013; Kuo et al., 2012). Diseñaron una intervención de dos sesiones (2-3 horas) separadas por una semana, luego de eso, la enfermera realiza consultas telefónicamente (20-30 minutos) cada 1 semana y después mensualmente. En la primera sesión, la enfermera evalúa la condición del usuario. En la segunda sesión, evalúa los recursos familiares. Los principales resultados de Huang et al. (2013), fueron en la competencia y autoeficacia de los cuidadores ($t = 4.77$, $p < 0.001$; $t = 3.81$, $p < 0.001$). Kuo et al. (2012), encontró resultados en la salud y dolor corporal ($b = 12.37$, $p < 0.013$), vitalidad ($b = 12.40$, $p < 0.001$), discapacidad producto de problemas emocionales ($b = 17.74$, $p < 0.013$), y disminución del riesgo de desarrollar depresión ($OR = 0.15$, $p < 0.003$).

Finalmente, los equipos de Mosquera, Vegara, Larrañaga, Machon, Del Río y Calderón, 2016; Whittingham, Barnes y Gardiner, 2013; Martín-Carrasco, Domínguez, Muñoz, González, y Ballesteros, 2013; y Van Durme, Macq, Jeanmart y Gobert, 2012, estudiaron los instrumentos de medición utilizados para determinar la efectividad de cambio conductual de los cuidadores, los cuales son parte importante del diseño de cualquier intervención. Estos resultados pueden ser consultados en la sección Anexos 9.1.

En resumen, las intervenciones dirigidas a los cuidadores informales de personas mayores son múltiples. Las intervenciones multicomponentes, son variadas, y son combinadas de distintas formas. Entre ellas, destacan algunos componentes como la entrega de información y educación respecto a la enfermedad, soporte social y de profesionales, y entrenamiento en la terapia de resolución de problemas. Además, se observa una heterogeneidad con respecto al punto de tiempo en donde intervenir, lo que en última instancia modifica el formato de entrega. Tal parece, que las intervenciones de preparación de alta médica, centrada en las necesidades del cuidador informal y receptor de cuidado, pudieran tener efectos positivos sobre la calidad de vida de los usuarios, sus cuidadores, y en última instancia, permitiría un mayor ahorro y eficacia de los recursos hospitalarios públicos.

6.2 Levantamiento de información, entrevistas semi estructuradas:

Se entrevistaron a 9 participantes, 6 profesionales y 3 cuidadores (ver tabla 2). Dos de los profesionales que trabajan en el equipo de cuidados domiciliarios, participaron de manera conjunta en la entrevista. Los resultados se presentan a continuación, bajo los temas Contexto, Intervención y Exposición; y al mismo tiempo, sus respectivos subtemas.

Tabla 2.
Características de los participantes

Participantes	<i>N</i> = 9
Cuidadores	<i>n</i> = 3
<i>Femenino</i>	3
<i>Masculino</i>	0
Relación con el usuario	
<i>Pareja</i>	1
<i>Hija</i>	2

Profesionales	<i>n</i> = 6
<i>Femenino</i>	5
<i>Masculino</i>	1
Profesiones	
<i>Enfermera</i>	1
<i>Asistente social</i>	1
<i>Fonoaudióloga</i>	1
<i>Psicóloga</i>	1
Equipo de cuidados domiciliarios	
<i>Asistente social</i>	1
<i>Enfermero</i>	1

Tabla 3.
Resultados principales de entrevistas semiestructuradas

Principales resultados de entrevistas semiestructuradas.
Contexto <i>Cuidadores y Profesionales</i> ● Gran cantidad de reingresos hospitalarios. ● Usuarios longevos ● Gran cantidad de días/cama. ● Insuficiencia de información y preparación, para asumir el cuidado tras el alta médica. ● Red de soporte familiar desactivada. ● Manejo e información insuficiente acerca del uso de la red de salud. ● Problemas de literacidad (no reciben correctamente las instrucciones para el cuidado). ● Analfabetismo por parte de algunos de los usuarios. ● Red externa de salud con posibilidades de capacitación para el cuidado (APS). ● Cuidadores permanecen de 2 a 3 horas en el hospital. <i>Setting.y Procedimiento</i> ● Poca o nula disponibilidad del espacio necesario para realizar un taller. ● Tiempo reducido de los profesionales (barrera). ● Proceso de alta médica superficial. ● Presencia de tutores para adultos mayores (consejero par). ● Profesionales con experiencia previa en intervenciones dirigidas a cuidadores. Intervención <i>Contenido.</i> ● Movilización y cambio de posicionamiento. ● Manejo de sondas vesicales y nasogástricas. ● Aseo e higiene del adulto mayor. ● Administración de insulina. ● Administración de inyecciones. ● Técnicas de autocuidado para controlar síntomas de sobrecarga. ● Técnica de resolución de problemas. ● Información acerca de alimentación. ● Información acerca de cómo otorgar apoyo emocional a las personas mayores. <i>Formato de entrega.</i> ● 1 vez a la semana, entre 1 y 2 horas y después de almuerzo (a partir de las 15: 00 horas). ● 6 meses de funcionamiento y 3 meses de pilotaje.

- Barreras para realizar los talleres durante las mañanas.
- Desde 5 hasta 15 participantes como máximo.
- Períodos de seguimiento para evaluar la efectividad y el reforzamiento de habilidades.
- Exposición de información médica a cargo de profesionales especializados para cada uno.
- Que esté dirigida a uno o 2 cuidadores de los usuarios.
- Barreras de acceso al hospital por parte del cuidador.
- Lenguaje simple, claro y actividades didácticas.
- Uso de power point, computador.

Exposición

Alcance.

- Efecto sobre el reingreso hospitalario de los usuarios.
- Disminución de usuarios que reingresan por urgencias.
- Aumentar las habilidades de cuidado.

Compromiso y otras condiciones para su implementación

- Deseo de los profesionales por llevar a cabo un taller dirigido a los cuidadores de personas mayores.
- Es necesario tener horario protegido para realizar taller.
- Probable apoyo de jefaturas a cargo.
- Establecer el vínculo de la diada cuidador y profesional para facilitar a los cuidadores el asumir su rol.
- La adherencia a la intervención aumenta si es requisito del alta médica.

Resultados basados en los resultados de las entrevistas semiestructuradas que se realizaron en el hospital. Se muestran en base a las unidades temáticas de análisis: **Contexto** (“Cuidadores y profesionales” (Población) y “Setting y procedimiento”), **Intervención** (“Contenido” y “Formato de entrega”) y **Exposición** (“Alcance” y “Compromiso y otras condiciones para su implementación”).

6.2.1. Contexto

a. Cuidadores y Profesionales

Los cuidadores informales entrevistados resultaron ser 3 mujeres, 2 hijas y 1 esposa de los usuarios del servicio del hospital. Estas participantes refieren que la información que poseen es insuficiente, al momento de darse el alta del adulto mayor, “...yo llevaba a mi papá al neurólogo particular, pero el neurólogo en ningún momento me dio nada, así como pautas para, para decirme ¿Sabes qué? Si le pasa esto, haz esto otro, o trata de llevarlo así” (cuidadora 1); “siempre siento que falta, porque a lo mejor hay cosas que uno no maneja al 100% y debemos tener conocimiento para poder cuidar bien” (cuidadora 2). No obstante, para la Cuidadora 2 el conocimiento de cuidado no es problema, ya que recibió ayuda e información de enfermeras y médicos de su consultorio. Sin embargo, la Cuidadora 2 es hija de uno de los usuarios que han reingresado en el hospital varias veces.

Por el lado de los profesionales, encontramos que la asistente social señala que los usuarios que se atienden actualmente en la unidad son de mayor edad que los que se atendían años atrás. Añade, que los usuarios *“se van con cuidadores que no tienen ninguna preparación”* (asistente social). Ella también agrega que *“cuando los pacientes salen con algún grado de discapacidad ahí se complica mucho porque no saben cómo tratarlos, no tienen, no saben cómo moverlo, como tienen que tomarlos...”* (asistente social). La psicóloga añade, *“...o sea son personas que están muy muy afectadas (...) vimos la necesidad de que estas personas tuvieran una red para poder pedir ayuda que ellos no logran visualizar que necesitan apoyo y a qué cosas pueden recurrir”* (psicóloga). La enfermera responde que *“aquí en medicina hay pacientes que pueden estar meses... la mayoría pasa mínimo tres semanas hospitalizado cuando son postrados o tienen alguna otra necesidad...son pacientes que lamentablemente se van a sus casas a cargo de los cuidadores, después vuelven con úlcera sacra, con infecciones urinarias porque no se les hizo el procedimiento de forma correcta, o con las sondas tapadas”* (enfermera).

Con respecto a las patologías de estos usuarios encontramos *“enfermedades del tracto urinario ya sea altas-bajas, de carácter respiratorio tenemos varios en las mayores prevalencias que son neumonía adquirida en la comodidad, bronquitis, bronquiolitis, EPOC exacerbado e insuficiencia cardiaca descompensada”* (Equipo de Hospitalización Domiciliaria). Añaden que *“surge mucho que uno hace el ingreso acá se explican las indicaciones en 2 oportunidades...al día siguiente el paciente llama haciendo las mismas consultas de lo que se le explicó (Equipo de Hospitalización Domiciliaria)”*

Con respecto a las redes de cercanas con las que cuentan los usuarios, la enfermera señala que *“hay familiares que definitivamente se quedan, hay otros que no se quedan y hay muchos casos de adultos mayores que están solos, o sea en situación de calle, o institucionalizados, etc.”* (Enfermera). El equipo de hospitalización domiciliaria añade que *“hay algunos cuidadores que son adultos mayores a cargo de pacientes que son postrados, además, de tener otras responsabilidades”* (Equipo de Hospitalización Domiciliaria), agregan,

“Yo veo otra dificultad también [...] el acceso a la salud, si bien territorialmente ellos cuentan acá por lo menos en Puente Alto con 10 CESFAM y están todos relativamente cerca de su lugar de residencia existen, desde lo que yo observo, una visión muy subjetiva, un desconocimiento del uso de esta red de salud que está a su disposición por lo tanto eso genera una barrera de acceso” (Equipo de Hospitalización Domiciliaria).

Las cuidadoras 1 y 2 reportan que sus núcleos familiares ayudan con el cuidado, pero que estos no son parte de las familias de origen de los mismos usuarios. *“Mi marido pide libre para poder acompañarme, traerme en el auto, pero no, me las rebusco por cualquier lado, pero no puedo en micro porque mi papá se mareo”* (cuidadora 1) y, *“...lamentablemente ella está sola, porque sus hermanos son cero aportes y por el lado de nosotros, no sé, yo tengo que pedir permiso en mi trabajo sí o sí ...”* (cuidadora 1). La cuidadora 3, dice que, si bien la familia de su pareja tiene contacto frecuentemente con ellos, viven en Talca, por lo que las visitas son poco frecuentes.

En lo que se refiere al manejo de información respecto a las redes de servicios, una de las cuidadoras dice que:

“...son redes que uno necesita tener porque uno no las maneja y a veces a uno no le dan la información como corresponde si te das cuenta. Es necesario de repente tener, no sé si habilitar un tipo de información como exclusiva para ese tipo de cosas donde te orientes, donde te den los pasos a seguir, donde tienes que ir, como lo tienes que hacer, que papeles lo tienes que rellenar” (cuidadora 2)

Y otra agrega, que *“no sé si tendrá algún enlace con el centro de diálisis. Sé que el Sótero con ellos si tienen un enlace, pero es complicado pedir hora acá porque te dan hora para el 2050, tú me entiendes”* (cuidadora 2). En otra línea, la cuidadora 1 declara que algunos servicios están restringido a usuarios particulares *“los consultorios no están dando apoyo para las personas que tienen demencia senil, porque si la persona, el paciente no está postrado, no tienes ningún apoyo”* (cuidadora 1).

b. Setting y Procedimiento

Con respecto a la infraestructura que tiene el hospital para desarrollar un trabajo con los cuidadores, la enfermera dice que no existen espacios para los familiares. “*No existen baños ni sillas para ellos*” (enfermera), dice. Agrega que puede haber otras barreras los horarios de turno, por ejemplo, o la posibilidad de crear horarios protegidos para la educación en el alta médica son aún deficientes (enfermera).

En esta misma línea, la asistente social señala que el problema de la información que se llevan los familiares para el cuidado en general se debe a la rapidez con que se realiza el alta médica. Plantea que es necesario poder ir preparando a los usuarios con anticipación. Además, señala que en el hospital existen las figuras de los tutores, que tienen el rol de explicar y ser un nexo entre el usuario y los médicos tratantes (asistente social). La fonoaudióloga, señala que con su trabajo es posible entregarles información escrita, pero algunos de los usuarios no saben leer o escribir. Sin embargo, esto hace que se pierda mucho tiempo durante la atención médica. Añade que el espacio físico es un tema primordial, “*...yo muchas veces he pensado que habría que hacerlo en la entrada del servicio, en esa como salita que hay, que queda como entre las puertas, hacer algo ahí, la gente llega rápido...pero, el lugar físico es difícil*” (fonoaudióloga).

La psicóloga, encargada de una de un taller de cuidadores, señala que ella le pidió a ayuda a la terapeuta ocupacional para poder realizar la sección de “movilización de los adultos mayores” de su taller porque es una necesidad que ella ha detectado en su trabajo (psicóloga).

6.2.2. Intervención

a. Contenido

Al preguntarles acerca de los problemas que tienen los cuidadores de personas mayores, encontramos necesidades comunes que se destacan por sobre otras. Entre ellas destacan 3 principalmente, que hemos denominado como “Movilización”, “Administración de insulina” y “Autocuidado del cuidador”

En lo referido al eje de “movilización” la fonoaudióloga reporta que los cuidadores informales “... *movilizan mal o no les enseñan bien como posicionar a la gente, para que no tenga más problemas*” (fonoaudióloga). La enfermera agrega que “*son ellos (los cuidadores) los que tienen que hacer cambio de posiciones...son 3 cosas que requieren más educación...los cambios de posición, uso de sondas nasogástricas, y uso de las sondas Foley o sondeo vesical*” (enfermera). Por el lado de los cuidadores, al momento de preguntarles por alguna habilidad que no haya adquirido, comenta, “*Sí, saber trasladar a las personas, bañarlos también, porque hay algún momento que yo creo que no se van a poder parar. No saber cómo tomarlos, de poder hacerles daño... No sé...saber cómo moverlos...*” (cuidadora 1)

Con respecto a la “*administración de insulina*”, las respuestas resultan un poco menos claras. La opinión de la asistente social es que “*cuando sale algún tema en específico como (...) la insulina y que no lo tenían antes se complican acá tienen que igual enseñar*” (asistente social). No obstante, las cuidadoras reportan tener un menor dominio en una habilidad particular de este tipo de enfermedad, las inyecciones. “*Si hay que inyectar cosas y yo en eso no me manejo bien, en inyecciones sobre todo porque les tengo miedo*” (cuidadora 3). La cuidadora 2 reporta tener conocimientos respecto a las inyecciones, producto de talleres o funcionarios que se encargaron de enseñarles, “*Sí, yo me hice un curso entonces yo lo sé pinchar, además cuando él se empezó a poner la insulina el doctor y la doctora en el consultorio me hicieron un curso de como 2 horas más o menos*” (cuidadora 2).

Con respecto al “Autocuidado del cuidador”, la información compartida por los participantes es más clara. “*Generalmente están bien desbordados, se ven como superados con el manejo de los adultos mayores y tienen como falsas expectativas, a veces, de lo que se va a lograr*” (fonoaudióloga). La psicóloga dice “*el nivel de sobrecarga y de exigencia, los niveles de angustia que se deben manejar son altísimos. Como te digo son personas que tampoco descansan y se empezaron a enfermar*” (psicóloga), agrega adicionalmente “*la técnica de resolución de problemas eso también lo trabajamos hartito, lo trabajamos desde sus propias rutinas y eso me permite 2 cosas; uno que se puedan ordenar y lo otro es que empiecen a hacer conciencia de que no es que no tengan tiempo para nada si no que existen tiempos solo que no los están aprovechando*” (psicóloga). Además, “*vimos la necesidad de que estas personas tuvieran una red*

para poder pedir ayuda que ellos no logran visualizar que necesitan apoyo y a qué cosas pueden recurrir” (psicóloga). Los profesionales (asistente social e integrante de equipo cuidados domiciliarios) señalaron que los cuidadores tienen una brecha de conocimientos respecto al uso de redes de atención (Equipo Hospitalización Domiciliaria).

Por el lado de los cuidadores, uno de ellos responde *“información de psicólogos, alguna nutricionista... [entrevistador: ¿Y por qué psicólogo?...]por lo emocional, porque ellos recaen en lo emocional entonces, al dializarse ellos bajan su autoestima... [entrevistador: ¿Y por qué cree eso?...]porque ellos se echan a morir, y como que la vida no gira, no pueden hacer las mismas cosas que podían hacer antes”* (cuidadora 3). Además, relata una conversación entre el usuario y su médico tratante: *“doctor, escuché que usted me iba a cortar los dedos de los pies’. Entonces le dijo ‘estamos viendo’, le dijo el doctor. Y mi marido le dice ‘a lo que Dios quiera’. Se entregó total... [entrevistador: ¿Y qué le parece a usted eso?...]A mí me desgarró po’, pero yo no lo demuestro, yo no le demuestro a él el cansancio, no le demuestro preocupación para que él esté tranquilo, yo no me importo en la casa”* (cuidadora 3).

b. Formato de entrega

En relación con la intervención y de cómo debe ser implementada, la enfermera señala que *“un taller una vez a la semana”* (enfermera), podría ser una alternativa para solventar las necesidades que tienen al momento del alta de los adultos mayores y sus cuidadores. Agrega que con respecto a la duración óptima sería de 1 hora, y en el horario después de almuerzo (15 horas), ya que *“las mañanas son complicadas para todos”* (enfermera). Por el lado de la asistente social, que comparte el formato de entrega como un taller, además añade que como mínimo de participantes sería ideal 5 personas y 15 como máxima. Está participante, también da una descripción detallada de cómo pensó el proyecto:

“...una vez a la semana o dos veces al mes hacer este taller para los familiares donde se pudiera cada profesional que está relacionado con el paciente que pudiera explicar en forma más lúdica con un lenguaje que puedan entender las personas, cuáles son los cuidados que requieren para cada patología supongamos por ejemplo mañana se

da el taller sobre diabetes y ahí vienen enfermera y le explica o la nutricionista que le indica lo que tienen que comer, qué cuidados sí están postrados, cómo se tienen que mover y cosas así” (asistente social)

La fonoaudióloga agrega que *“el ideal es que estén todos, asistente social, psicólogos, todos...podrían estar todos. Por ejemplo, kinesiología igual es súper importante para el alta, terapia ocupacional...”* (fonoaudióloga), y además *“...creo que cada uno debería como exponer sus temas porque si yo fuera familiar como que le creo más al que sabe”* (fonoaudióloga). Los profesionales también añaden que el tiempo de funcionamiento de un taller debiera ser de 6 meses en total, destinando 3 meses para pilotear y probar su efectividad (asistente social). Finalmente, la psicóloga cree que es necesario contar con un periodo de seguimiento a los usuarios en caso de que haya que reforzar ciertas habilidades (psicóloga).

En lo que respecta a las cuidadoras, una de ellas reporta que un horario a la que ella le resultaría cómodo es similar a los horarios considerados por los profesionales *“No, sí sé. Para mí, sería ideal en la tarde, como después de las tres de la tarde”* (cuidadora 1), con una duración de dos horas, si es una vez a la semana. Además, señala que un taller debiera ser dirigido a más de uno de los cuidadores, *“Sí, es que yo creo que a ellos les convendría en la tarde, no sé, por el trabajo, porque la mayoría trabaja de ocho a cinco, ocho a seis, una cosa así...”* (cuidadora 1). No obstante, la cuidadora 2 y 3, plantean posturas diferentes. Por un lado, la Cuidadora 2 plantea que un buen horario sería en la mañana, ya que son las mejores horas para aprender. Pero señala que usualmente ella trabaja de 8 a 15 horas, por lo que en el horario propuesto ella no podría asistir. Además, según ella, este debe ser dos veces a la semana y de por lo menos 6 meses duración (cuidadora 2). La cuidadora 3 por otro lado, dice que le resulta muy complicado asistir al hospital, por lo que ningún horario podría ser adecuado para ella. Añade que cuando está cuidando a su pareja pasa alrededor de 2 a 3 horas en el hospital, llegando a eso de las 12:30 horas, pero que en general asiste en los horarios de visita *“de 13:00 a 14:00 o vengo al de la tarde de 18:00 a 19:00”* (cuidadora 3).

Con respecto al formato de entrega, la Cuidadora 2 señala que el lenguaje que utilizan los médicos al momento del alta médica es demasiado técnico. Por lo que señala que el material

entregado debe utilizar un lenguaje claro y simple (cuidadora 2). Al respecto, la asistente social señala que una buena forma de presentar la información es a través de un Powerpoint, en alguna sala del hospital que tenga los dispositivos para poder proyectarlos (asistente social). La psicóloga señala que ella al momento de realizar su taller usa un proyector, Power Point, cartulina y lápices (psicóloga).

6.2.3. Exposición

a. Alcance

La enfermera considera que una intervención de este tipo podría disminuir el número de usuarios que llegan luego a urgencias. Además, piensa que estos resultados tendrían un efecto adicional sobre los reingresos o incluso en la duración de los días/cama que permanecen los usuarios hospitalizados (enfermera). La asistente social, reporta que espera que una intervención de estas características debiera entregarles conocimientos a los cuidadores para que sepan cómo actuar ante el cuidado (asistente social).

b. Compromiso y otras condiciones para su implementación

La enfermera señala su deseo de que resulte un taller dirigido a los cuidadores ya que, según ella, no existe una información institucional oficial. Según ella, desde antes ha estado interesada en poder dejarle más conocimientos a los cuidadores ya que es una de sus funciones. Sin embargo, esta tarea se ve reducida debido a que como enfermeras tienen múltiples labores, que les restan el tiempo necesario para poder realizar este proceso adecuadamente. Añade, que este tipo de intervenciones deben ser realizadas en horarios protegidos para que las enfermeras, puedan realizarlo semanalmente (enfermera). La asistente social estima que una intervención dirigida a los cuidadores tendría apoyo de las jefaturas de la unidad de medicina y asistencia social (asistente social). La psicóloga estima que es necesario trabajar con el vínculo cuidador-usuario, para contar con la adherencia a la intervención. Según ella, muchos de los cuidadores han tenido que ejercer esta labor, debido a distintas circunstancias y contextos, que muchas veces no depende de ellos.

Además, señala que, si una intervención como esta se plantea como obligatoria para el alta médica, es probable que las personas se sientan motivadas por participar (psicóloga).

Por el otro lado, la cuidadora 1 da cuenta de su compromiso con el cuidado de su padre. Ella dice, que generalmente debe pedir permiso en el trabajo para asistir a los controles. Con respecto a la información que necesita en el transcurso en que se dedicaba a cuidar a su familiar, ella señala que uso fundamentalmente internet (cuidadora 1). Finalmente, la Cuidadora 3 es la única que se opuso a la idea de asistir a un taller de estas características, debido a lo dificultoso que le significa el poder trasladarse al hospital (cuidadora 3).

En resumen, la literatura y entrevistas semiestructuradas dan como resultados algunas líneas directrices para el diseño de una intervención en este contexto. Entre ellos, destacan el uso de la Terapia de Resolución de Problemas, y la necesidad de incorporar el entrenamiento en habilidades de control de la activación, que permita mantener la salud mental y física de los cuidadores informales. Existe un acuerdo transversal, según los participantes y la literatura, el que entregar información y educación respecto a la enfermedad, su curso, diagnóstico y manejo médico, es indispensable para los cuidadores. Por otro lado, el tiempo y los espacios de trabajo son limitados en el contexto que se ha estudiado. Como se ha reportado, que se deben tener en cuenta los niveles y problemas de alfabetización de los pacientes -ya que son frecuentes-. No obstante, tal parece que la motivación del equipo profesional y cuidadores por participar de una intervención dirigida a los cuidadores informales de estos usuarios es bastante alta. Además, se constata la necesidad de que esta intervención sea un requisito que forme parte del proceso de alta médica, para asegurar su participación. De esta forma, se puede evaluar la eficacia y los resultados de la intervención, para sustentar su implementación a largo plazo. Finalmente, resulta interesante destacar que tanto los profesionales, como lo hallado en literatura, señalan que poder realizar un proceso de alta médica, que sea de bajo costo, requiera poca cantidad de insumos y sea simple, tendría un impacto positivo sobre los gastos médicos y cuidados en el hospital. Llegando a reducir incluso, la gravedad de las personas mayores, que reingresan por urgencias.

7. Conclusión y Discusión

La finalidad de este trabajo fue el diseño de un taller para los cuidadores primarios e informales, de adultos mayores mórbidos o multi mórbidos que reciben atención médica en el Servicio de Medicina del Hospital Doctor Sótero del Río, con el objetivo de disminuir la tasa de reingreso de las personas mayores a este último. Por lo mismo, se recabó información que permitiera establecer las directrices de un diseño de intervención. Dada la evidencia, es posible identificar algunos elementos clave.

En primera instancia, los procedimientos de alta hospitalaria previos a la etapa de transición entre los cuidados formales y domiciliarios (Rodakowski et al., 2017), pueden llegar a impactar significativamente en la calidad de vida y psicológica de los usuarios. Por tanto, una futura intervención debiera concentrarse en implementar este tipo de intervención en el hospital (ya que actualmente son deficitarios, se ejecutan incorrectamente o no existen). Esto debe realizarse, ya sea como requisito mínimo para dar el alta al adulto mayor, -como lo plantean los profesionales-, o como parte de un proyecto piloto. Por otro lado, es fundamental considerar el trabajo entre el equipo médico y cuidadores. Esto último, debido a que los cuidadores pueden reducir su nivel de estrés y mejorar la calidad del cuidado (Aksoydan et al., 2019). Además, involucrar a los cuidadores en los procesos de alta hospitalaria, les permite a ellos aumentar su capacidad de poder tomar decisiones y reducir las necesidades de información una vez que hayan asumido el cuidado en sus hogares (Allen et al., 2014).

Existen aspectos que son similares, al comparar las intervenciones reportadas en la literatura, y las necesidades de los cuidadores y profesionales, bajo este contexto. Destacan entre ellos, el uso de la Terapia de Resolución de Problemas (TRP); evaluación ambiental; educación, y entrega de información acerca de procedimientos de cuidado médico (movilización y administración de insulina, según los profesionales); grupos de soporte; evaluación y activación de la red de soporte familiar y/o comunitario; y estrategias de autocuidado para el cuidador (estrategias de afrontamiento centrado en la emoción); (Wang y Chien, 2011; Wang et al., 2012; Kuo et al. 2012; Huang et al., 2013; González, Polansky, Lippa, Gitlin, y Zauszniewski, 2014; Xiao et al., 2015; Chiu et al., 2015). La TRP y las estrategias de autocuidado, se centran en el desempeño conductual de un individuo frente a una amenaza. Ambos métodos, pretenden incrementar la capacidad del individuo, para lograr reducir los niveles de tensión (estrés, que produce

naturalmente el organismo) ante un peligro. La TRP se fundamenta en potenciar las estrategias de afrontamiento, basadas en la solución de una dificultad, y tienden a ser relacionadas a estresores más “controlables”. Por el otro lado, para los estresores más “incontrolables”, suelen enseñarse habilidades de afrontamiento centradas en la regulación emocional (Lazarus y Folkman, 1986). El uso de ambos mecanismos de acción es ratificado por la información expuesta previamente en los resultados. Por lo mismo, debe ser considerado un modelo de cambio que vaya de acorde con estos elementos. Y que en última instancia permite, poder aclarar la relación entre los constructos cognitivos, la conducta y los resultados, a partir de la implementación del programa. Esto resulta clave, para asegurar su replicabilidad en contextos similares, y obtener los resultados (eficacia y eficiencia) deseados. Además, -considerar un modelo previamente-, aumenta la probabilidad de éxito, al momento de efectuar cambios a mediano y largo plazo (Painter, Borba, Hynes, Mays, Glanz, 2008; MacKinnon, Luecken, 2008).

El Modelo de Autorregulación propuesto por Leventhal, Halm, Horowitz, Leventhal y Ozankici (2004) puede orientar este trabajo. Estos autores señalan que una enfermedad es un concepto multidimensional, que se articula como una amenaza para el individuo, y debe ser resuelta de manera activa. Además, las personas evalúan las acciones o medidas que implementan en función de su efectividad y, por lo tanto, en línea con TRP van a evaluar si las estrategias propuestas e implementadas alcanzan los objetivos esperados. Según los autores, las distintas dimensiones o etiquetas, con las que el sujeto clasifica las enfermedades, son: un *Nombre* (diabetes, osteoporosis o bronquitis, por ejemplo); sus *Consecuencias* (si tiene cura, tratamiento, o si es letal); la *Duración* particular de la enfermedad (el tiempo de ocurrencia; crónica v/s aguda); sus *Causas* específicas (si es genético, o es por un estilo de vida); y el grado de *Control* subjetivo sobre ésta (si la enfermedad es manejable o no) (Leventhal et al., 2004).

El comportamiento que se genera ante la amenaza percibida es abordado por medio de distintas estrategias de afrontamiento (resolución de problemas y centradas en la emoción). Según Leventhal et al. (2004), este modelo considera los procesos, y el manejo de la información, -subyacentes a la conducta y expectativas de un individuo-, como mecanismos dinámicos, que se van adaptando y actualizando a través del tiempo. Se entiende desde aquí que existe una relación entre los procesos biomédicos y las expectativas personales acerca del curso de la enfermedad. Por

tanto, en este modelo (Leventhal et al., 2004) se sostiene que la experiencia de enfermedad se basa preferencialmente en la perspectiva y vivencia del usuario, en contraposición al enfoque biomédico clásico, que se sostiene en la interpretación del médico. Esto último -la experiencia y expectativa del individuo enfermo-, son los elementos centrales con los que se debe contar, al momento de usar esta teoría en particular, como base de un diseño de intervención. Aspectos que pueden ser reconocidos también por los cuidadores principales entrevistados, y que pueden ser incorporados para el desarrollo de la intervención. En la práctica, porque se entrega información sobre la patología (representación) y estrategias para su manejo (tratamiento), pero también para las emociones asociadas. Esto último además, la entrega de información respecto al curso de la enfermedad, son respaldados por la evidencia.

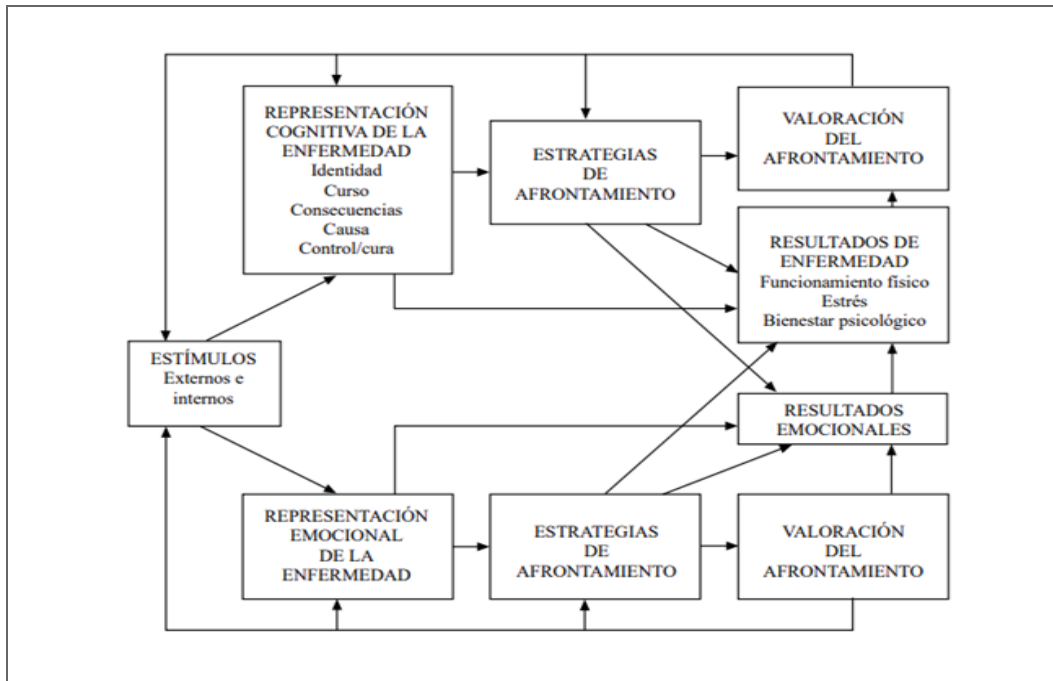


Figura 1. Modelo de auto-regulación (como se citó en Beléndez, Bermejo y García, 2005).

En línea con lo anterior, hay que señalar que la entrega de conocimiento e información (procedimientos de cuidado médico, como movilización, administración de insulina, y prevención de síntomas psiquiátricos y sobrecarga de cuidado), facilita que los familiares y/o conocidos asuman el rol de cuidador (Kjallman Alm, Hellzen y Norbergh, 2014), por tanto, pueden adquirir un rol central en lo que refiere a los contenidos que finalmente serán considerados en las sesiones de intervención.

Por otro lado, al revisar las consideraciones prácticas en el diseño del programa, se deben destacar algunos elementos. Respecto al formato de entrega, encontramos que tanto la evidencia cómo los participantes coinciden en apuntar una actividad de tipo grupal. Los elementos de soporte social grupal se utilizan para el desarrollo de habilidades y comportamientos objetivos. No obstante, las intervenciones basadas en evidencia, que contemplan actividades grupales, también incorporan sesiones individuales y seguimiento telefónico o domiciliar de los usuarios. Además, estas contienen elementos que permiten priorizar las necesidades de los cuidadores, y, por ende, que la intervención pueda ser centrada en los usuarios. Estas acciones permiten monitorear los avances y contribuir a resolver problemas.

Uno de los nudos críticos que se puede observar, tiene que ver con la diferencia entre el tiempo requerido para realizar una intervención con efectos positivos, y el que efectivamente disponen los profesionales en el hospital. La mayoría de los trabajos revisados, contemplan un diseño con una duración mínima de 2 sesiones - con algún tipo de seguimiento de 30 minutos. Por otra parte, los participantes estiman que la duración de un taller debiera ser de solo 1 hora. Se configura un desafío importante el poder alinear ambas dimensiones. Una posible solución puede contemplar una intervención de 2 o más sesiones, de 1 hora cada una, en distintos días de la semana. Con esto se puede asegurar el cumplimiento de objetivos acotados para cada una de las sesiones, asegurando el cumplimiento de un objetivo global al dar el alta médica. Una limitación de este tipo de intervención tiene que ver con la cantidad de sesiones y los profesionales disponibles para poder realizarlas. Además, se debe considerar que cada paciente permanece distintos períodos de tiempo en el hospital, por tanto, cabe la posibilidad de que los cuidadores no finalicen la totalidad de sesiones, y por tanto no alcance todos objetivos propuestos. Por tanto, cada sesión debería ser auto conclusiva en sí misma, manteniendo, no obstante, una congruencia a nivel general.

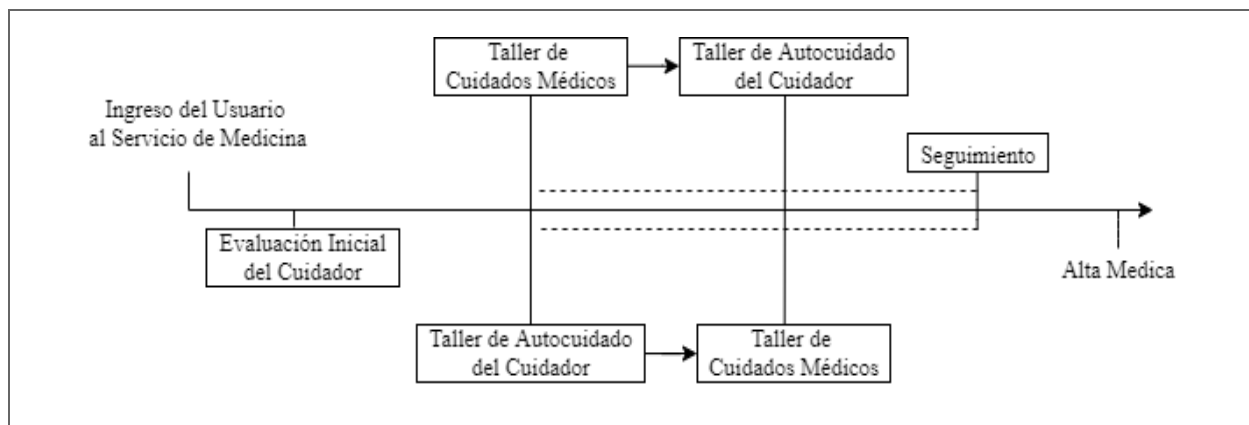


Figura 2. Estructura general de la intervención

Otra alternativa, es entregar material informativo y auto explicativo a los usuarios, de manera tal que ellos puedan tener acceso a los contenidos de cuidado, en los tiempos que se consideren disponibles. Esto, puede resultar útil, porque reduce al mínimo los tiempos de los profesionales para realizar la intervención y la inversión de recursos. Sin embargo, el riesgo de ejecutar esta alternativa es bastante alto, ya que depende exclusivamente del cuidador el responsabilizarse de leer y aplicar detenidamente las habilidades que contiene el material. Se asume bajo esta opción, que los familiares y/o conocidos, asumirán de manera activa el rol de cuidador, lo que supone un error. Muchos de ellos podrían suspender, abandonar (McCabe et al., 2016) o incluso, no llegar asumir esta labor, lo que conlleva finalmente a un gasto de recursos innecesarios. Por otro lado, esta forma de trabajo no permite evaluar los resultados ni a corto ni a largo plazo, debido a que resultaría al menos complejo poder estimar si los efectos sobre calidad de vida u otros, tienen una relación clara con la entrega de información. Se añade, que este tipo de intervención considera que los usuarios dominen habilidades de lecto escritura y que tal como se planteaba en las entrevistas, muchos de los usuarios son analfabetos o un nivel de comprensión lectora bajo y, por tanto, existen posibilidades de que se genere una barrera de aprendizaje. Por tanto, el uso de este tipo de herramientas debe estar acompañado de un período de enseñanza y entrenamiento, acerca de cómo hacer un uso correcto del mismo.

Una última opción corresponde a una combinación de las anteriores. Es decir, una intervención que contemple sesiones presenciales auto conclusivas (entre 1 y 3 sesiones), complementarias con material informativo para los usuarios. Este último, debiera considerar múltiples medios para transmitir la información. Es decir, vías de aprendizaje que utilicen la lecto

escritura, habilidades visuales (imágenes e instrucciones gráficas), e incluso medios y vías audiovisuales (como videos) de manera complementaria. Con la rápida incorporación de la tecnología en la población, sobre todo el uso de redes sociales en teléfonos móviles, los medios audiovisuales permiten conseguir resultados salud (Keefe, Buffington, Studts, Rumble, 2002).

La intervención debe considerar el seguimiento de los cuidadores, para comprobar su efecto, en relación con el cambio conductual deseado. Una opción interesante, es que nuestro diseño se articule con el trabajo de la unidad de hospitalización domiciliaria, quienes finalmente pueden realizar una evaluación del medio socioambiental y el seguimiento de los pacientes mayores -en sus domicilios-, tras el alta médica. No obstante, los profesionales son conscientes que actualmente, la coordinación interna de los distintos servicios del hospital, -en favor de un objetivo común-, resulta bastante difícil de implementar, debido a la enorme carga de trabajo que se resuelve diariamente en cada uno estos. El funcionamiento de este tipo de labores (seguimiento de los usuarios, por ejemplo), implica la disponibilidad de un organismo externo, que fuese capaz de centralizar y gestionar la información de las distintas unidades, y organizar finalmente un proceso más complejo. Es decir, la existencia de un dispositivo que enlace la función de los profesionales de dos o más unidades de atención, de manera simultánea. Lamentablemente, este tipo de organismo parece no existir actualmente.

Finalmente, resulta fundamental medir la tasa de reingresos de adultos mayores que hayan participado de nuestra intervención. De hecho, éste es el objetivo inicial del presente trabajo. Cabe destacar, que este último parámetro -el índice de reingresos, la estancia media y el ahorro de los costos médicos asociados a estos reingresos (en comparación con el tratamiento usual)- es uno de los facilitadores clave, para que nuestra intervención sea adoptada en el contexto en el que estamos trabajando. Demuestra -en última instancia-, la factibilidad de nuestro diseño. En la medida que el impacto sea mayor, -utilizando el mismo, o incluso menor cantidad de los recursos actualmente disponibles en el hospital-, se genera un ahorro económico en lo que refiere al tratamiento de una persona mayor, por un lado; y el aumento de la cobertura y/o flujo de pacientes que acceden al Servicio de Medicina, por el otro. Ambos resultados, contribuyen a la mejora de la eficiencia y la calidad del servicio del sector público, dirigido a las personas mayores. Servicio que, en el último tiempo, se ha visto cuestionado socialmente en Chile.

A modo de síntesis, la tabla que se muestra a continuación destaca los elementos centrales de la propuesta de intervención (ver tabla 4).

Tabla 4.

Principales características de la intervención

Objetivo general: Aumentar la habilidad de asistencia y soporte asociados al cuidado de personas mayores, por parte de sus cuidadores informales.	
Objetivos específicos de corto plazo:	● Aumentar la percepción de autoeficacia y manejo en los cuidados de la persona mayor. ● Aumentar la calidad de vida de los cuidadores del adulto mayor del hospital. ● Disminuir la percepción de estrés y sobrecarga, por parte del cuidador informal, derivado de la relación de soporte del adulto mayor.
Objetivos específicos de largo plazo:	● Disminuir la cantidad de reingresos hospitalarios de personas mayores. ● Disminuir la cantidad de días/cama de las personas mayores que reingresan al hospital.
Participantes:	
● Edad cuidador: 18 años o más ● Usuario: mayores de 60 años, más de 2 semanas de hospitalización. ● Miembro de la familia o círculo cercano del destinatario de la atención. ● Debe tener un teléfono que permita el contacto del equipo de salud en caso de emergencia. ● Debe planear permanecer en el espacio destinado durante la intervención y el seguimiento. ● El rol de cuidador por al menos 1 mes.	
Administración:	● A cargo de profesionales o técnicos capacitados en cuidados básicos de personas mayores, e instruidos en el procedimiento de intervención. ● Profesionales, técnico o alumnos que colaboren en la ejecución del taller.
Dosis:	● N° de sesiones de evaluación 2 o más. ● N° sesiones taller: 2 sesiones por semana. 2 veces por mes. ● Duración de cada sesión del taller: 2 horas. ● N° mínimo participantes por sesión taller: 5 ● N° máximo participantes por sesión taller: 15 ● Pilotaje: 3 meses.
Técnicas:	Componentes:
● Terapia de resolución de problemas ● Estrategia de control de la activación ● Entrega de información ● Grupo de discusión ● Testimonios	● Evaluación inicial. ● Intervención. ● Seguimiento.

Instrumentos de medición:

- Percepción de autoeficacia para el cuidado.
- Sobrecarga del cuidador.
- Cuestionario de calidad de vida.
- Cuestionario de salud
- Diferencias en uso días/cama de reingresos de personas mayores.

8. Referencias

- Aksoydan, E., Aytar, A., Blazevidiene, A., van Bruchem-Visser, R. L., Vaskelyte, A., Mattace-Raso, F., ... & Baskici, C. (2019). Is training for informal caregivers and their older persons helpful? A systematic review. *Archives of gerontology and geriatrics*, 83, 66. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.02.006>
- Allen, J., Hutchinson, A., Brown, R., & Livingston, P. (2014). Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review. *BMC health services research*, 14(1), 346. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-346>
- Amer, A., Mohd, F., Choo, W., & Hairi, N. (2018). Care Recipient Multimorbidity and Health Impacts on Informal Caregivers: A Systematic Review. *The Gerontologist*. <https://doi.org/10.1093/geront/gny072>
- Aranco, N., Stampini, M., Ibararán, P., & Medellín, N. (2018). *Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe*. Recuperado del sitio de Internet de Banco Iberoamericano de Desarrollo: <https://gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-America-Latina-y-el-Caribe.PDF>
- Atkins, L., Francis, J., Islam, R., O'Connor, D., Patey, A., Ivers, N., ... & Lawton, R. (2017). A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. *Implementation Science*, 12(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0605-9>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. NJ: Englewood Cliffs.
- Beléndez, M., Bermejo, R. & García, M. (2005). Estructura factorial de la versión española del Revised Illness Perception Questionnaire en una muestra de hipertensos. *Psicothema*, 17(2), 318-324. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3106.pdf>
- Boult, C., & Wieland, G. D. (2010). Comprehensive primary care for older patients with multiple chronic conditions: “Nobody rushes you through”. *Jama*, 304(17), 1936-1943. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1623>
- Bradshaw, L. E., Goldberg, S. E., Schneider, J. M., & Harwood, R. H. (2013). Carers for older people with comorbid cognitive impairment in general hospital: Characteristics and psychological well-being. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28, 681–690. <https://doi.org/10.1002/gps.3871>

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brodaty, H., Green, A., & Koschera, A. (2003). Meta-analysis of psychosocial interventions for caregivers of people with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(5), 657-664. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0579.2003.00210.x>
- Centro de Estudios de Vejez y Envejecimiento UC (2015). *Estudio sistematización y descripción de los perfiles de las cuidadoras de personas dependientes, las demandas de apoyo que las cuidadoras presentan y los programas existentes para aliviar el trabajo de cuidado*”. Recuperado del sitio de Internet de Ministerio del Desarrollo Social, Chile: http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/Final_Perfil_de_Cuidadoras.pdf
- Chick, N., & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A nursing concern. En A. I. Meleis (Ed.) *Transitions Theory—middle range and situation specific theories in nursing research and practice* (pp. 24–37). New York: Springer Publishing Company.
- Chiu, M., Pauley, T., Wesson, V., Pushpakumar, D., & Sadavoy, J. (2015). Evaluation of a problem-solving (PS) techniques-based intervention for informal carers of patients with dementia receiving in-home care. *International Psychogeriatrics*, 27(6), 937–948. <https://doi.org/10.1017/S1041610214002798>
- Chile. Ministerio de Salud. (2014). Programa Nacional de salud de las personas adultas mayores. Recuperado del sitio de Internet de Ministerio de Salud, Chile: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf
- Chodosh, J., Colaiaco, B. A., Connor, K. I., Cope, D. W., Liu, H., Ganz, D. A., et al. (2015). Dementia care management in an underserved community: The comparative effectiveness of two different approaches. *Journal of Aging and Health*, 27(5), 864–893. <https://doi.org/10.1177/0898264315569454>
- Clark, A. M., Reid, M. E., Morrison, C. E., Capewell, S., Murdoch, D. L., & McMurray, J. J. (2008). The complex nature of informal care in home-based heart failure management. *Journal of Advanced Nursing*, 61, 373–383. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04527.x>

- Complejo Asistencial Doctor Sótero del Río, (s.f). Quienes somos. Recuperado de <https://www.hospitalsoterodelrio.cl/web/quienes-somos/>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL-CELADE (2003). *Notas de Población*, XXIX (77), 35-70.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (2009). “A modo de introducción: los cuidados como una necesidad en aumento”. *Envejecimiento y sistemas de cuidados: ¿oportunidad o crisis?* Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3859/1/S2009000_es.pdf
- Collins L, Swartz K. (2011). Caregiver care. *American Family Physician*, 83(11): 1309-1317. Recuperado de: <https://www.aafp.org/afp/2011/0601/p1309.pdf>
- Courtney, M., Edwards, H., Chang, A., Parker, A., Finlayson, K., & Hamilton, K. (2009). Fewer emergency readmissions and better quality of life for older adults at risk of hospital readmission: A randomized controlled trial to determine the effectiveness of a 24-week exercise and telephone follow-up program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(3), 395-402. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02138.x>
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2017). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Londres: Sage publications.
- Cubit, K, & Meyer, C. (2011). Aging in Australia. *The Gerontologist*, 51, 583–589. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr082>
- Del-Pino-Casado, R., Frías-Osuna, A., Palomino-Moral, P. A., & Pancorbo-Hidalgo, P. L. (2011). Coping and subjective burden in caregivers of older relatives: a quantitative systematic review. *Journal of advanced nursing*, 67(11), 2311-2322. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05725.x>
- Del-Pino-Casado, R., Rodríguez Cardoso, M., López-Martínez, C., & Orgeta, V. (2019). The association between subjective caregiver burden and depressive symptoms in carers of older relatives: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 14(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217648>
- Departamento de estadísticas e Información de Salud, DEIS (s.f). *Egresos Hospitalarios*. <https://www.hospitalsoterodelrio.cl/web/quienes-somos/>
- Dueñas, E., Martínez, M. A., Morales, B., Muñoz, C., Viáfara, A. S., & Herrera, J. A. (2006). Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales.

Colombia Médica, 37(2), 31-38. Recuperado de <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/5607>

Escocía. Dirección de salud del gobierno de Escocía (2005). *National framework for service change in the NHS in scotland*. Recuperado del sitio de Internet de Dirección de salud del gobierno de Escocía: <https://www.sehd.scot.nhs.uk/NationalFramework/Documents/olderpeople/COOP230505.pdf>

Espín, A. (2008). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34, 1-12. <https://doi.org/10.1590/S0864-34662008000300002>

Fernández-Niño, J., & Bustos-Vázquez, E. (2016). Multimorbilidad: bases conceptuales, modelos epidemiológicos y retos de medición. *Biomédica: Revista del Instituto Nacional de Salud*, 36(2). <https://doi.org/10.7705/biomedica.v36i2.2710>

Fitzpatrick, J. M., & Tzouvara, V. (2019). Facilitators and inhibitors of transition for older people who have relocated to a long-term care facility: A systematic review. *Health & social care in the community*, 27(3), 57-81. <https://doi.org/10.1111/hsc.12647>

Flores, E., Rivas, E., & Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería*, 18(1), 29-41. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000100004>

Gajardo, J., Budinich, M. & Fuentes, P. (2015). Innovadoras experiencia local en el apoyo a la persona con demencia y su entorno familiar centro KINTUN, municipalidad de Peñalolén. En R., Kornefeld, M., Fernández & C., Belloni (Eds.), *Personas mayores y demencia: realidad & desafíos* (1.a ed, pp.115-137). Santiago, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile

George, L., & Gwyther, L. (1986). Caregiver well-being: a multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist*, 26(3), 253-259.

González, F., Massad, C., Lavanderos, F. (2009). *Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores*. Chile: SENAMA.

Goren, A., Montgomery, W., Kahle-Wroblewski, K., Nakamura, T., & Ueda, K. (2016). Impact of caring for persons with Alzheimer's disease or dementia on caregivers' health outcomes:

- Findings from a community-based survey in Japan. *BMC Geriatrics*, 16, 122. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0298-y>
- Guerra, M., Ferri, C. P., Fonseca, M., Banerjee, S., & Prince, M. (2011). Helping carers to care: the 10/66 dementia research group's randomized control trial of a caregiver intervention in Peru. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 33(1), 47-54. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462010005000017>
- Huang, H. L., Kuo, L. M., Chen, Y. S., Liang, J., Huang, H. L., Chiu, Y. C., ... & Shyu, Y. I. L. (2013). A home-based training program improves caregivers' skills and dementia patients' aggressive behaviors: a randomized controlled trial. *The American journal of geriatric psychiatry*, 21(11), 1060-1070. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2012>
- Instituto Nacional de Estadística, INE. (2018a). *Compendio estadístico 2018*. Recuperado del sitio de Internet de Instituto Nacional de Estadística: <https://www.ine.cl/docs/default-source/publicaciones/2018/bookcompendio2018.pdf?sfvrsn=5>
- Instituto Nacional de Estadística, INE. (2018b). *Resultados CENSO 2017*. Recuperado del sitio de Internet de Instituto Nacional de Estadística: <http://resultados.censo2017.cl/Region?R=R13>
- James, E. L., Stacey, F. G., Chapman, K., Boyes, A. W., Burrows, T., Girgis, A., et al. (2015). Impact of a nutrition and physical activity intervention (ENRICH: Exercise and Nutrition Routine Improving Cancer Health) on health behaviors of cancer survivors and carers: a pragmatic randomized controlled trial. *BMC Cancer*, 15, 710. <https://doi.org/10.1186/s12885-015-1775-y>
- Jensen, M., Agbata, I. N., Canavan, M., & McCarthy, G. (2015). Effectiveness of educational interventions for informal caregivers of individuals with dementia residing in the community: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *International journal of geriatric psychiatry*, 30(2), 130-143. <https://doi.org/10.1002/gps.4208>
- Jütten, L. H., Mark, R. E., Wicherts, J. M., & Sitskoorn, M. M. (2018). The Effectiveness of Psychosocial and Behavioral Interventions for Informal Dementia Caregivers: Meta-Analyses and Meta-Regressions. *Journal of Alzheimer's disease: JAD*, 66(1), 149-172. <https://doi.org/10.3233/JAD-180508>
- Kalra, L., Evans, A., Perez, I., Melbourn, A., Patel, A., Knapp, M., & Donaldson, N. (2004). Training carers of stroke patients: randomised controlled trial. *Bmj*, 328(7448), 1099. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7448.1099>

- Keefe, F. J., Buffington, A. L. H., Studts, J. L., & Rumble, M. E. (2002). Behavioral medicine: 2002 and beyond. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 852–856. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.3.852>.
- Kjallman Alm, A., Hellzen, O., & Norbergh, K. G. (2014). Experiences of long term ongoing structured support in early stage of dementia—A case study. *International Journal of Older People Nursing*, 9, 289–297. <https://doi.org/10.1111/opn.12034>
- Kuo, L. M., Huang, H. L., Huang, H. L., Liang, J., Chiu, Y. C., Chen, S. T., ... & Shyu, Y. I. L. (2013). A home-based training program improves Taiwanese family caregivers' quality of life and decreases their risk for depression: a randomized controlled trial. *International journal of geriatric psychiatry*, 28(5), 504-513. <http://dx.doi.org/10.1002/gps.3853>
- González, E., Polansky, M., Lippa, C. F., Gitlin, L. N., & Zauszniewski, J. A. (2014). Enhancing Resourcefulness to Improve Outcomes in Family Caregivers and Persons with Alzheimer's Disease: A Pilot Randomized Trial. *International Journal of Alzheimer*, 63-72. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/32>
- Lacey RE, McMunn A, Webb E. (2018) Informal caregiving patterns and trajectories of psychological distress in the UK Household Longitudinal Study. *Psychol Med*, 1–9. <https://doi.org/10.1017/s0033291718002222>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Legg, L. A., Quinn, T. J., Mahmood, F., Weir, C. J., Tierney, J., Stott, D. J., ... & Langhorne, P. (2011). Non-pharmacological interventions for caregivers of stroke survivors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008179.pub2>
- Le Reste, J. Y., Nabbe, P., Manceau, B., Lygidakis, C., Doerr, C., Lingner, H., ... & Le Floch, B. (2013). The European General Practice Research Network presents a comprehensive definition of multimorbidity in family medicine and long-term care, following a systematic review of relevant literature. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(5), 319-325. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.01.001>
- Leventhal, H., Halm, E., Horowitz, C., Leventhal, E. A., & Ozakinci, G. (2004). Living with chronic illness: A contextualized, self-regulation approach. En Sutton, S., Sutton, S. R., Baum, A., & Johnston, M. (Eds.). *The Sage handbook of health psychology*, (1ra ed., pp.197-240). London, England: SAGE.

- Mabire, C., Dwyer, A., Garnier, A., & Pellet, J. (2018). Meta-analysis of the effectiveness of nursing discharge planning interventions for older inpatients discharged home. *Journal of advanced nursing*, 74(4), 788-799. <https://doi.org/10.1111/jan.13475>
- MacKinnon, D. P., & Luecken, L. J. (2008). How and for whom? Mediation and moderation in health psychology. *Health Psychology*, 27(2, Suppl), S99–S100. [https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.2\(Suppl.\).S99](https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.2(Suppl.).S99)
- Martín-Carrasco, M., Domínguez–Panchón, A. I., Muñoz-Hermoso, P., González-Fraile, E., & Ballesteros-Rodríguez, J. (2013). Instrumentos para medir la sobrecarga en el cuidador informal del paciente con demencia. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 48(6), 276-284. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.06.002>
- McCabe, M., You, E., & Tatangelo, G. (2016). Hearing Their Voice: A Systematic Review of Dementia Family Caregivers' Needs. *The Gerontologist*, 56(5), 70-88. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw078>
- Michie, S., West, R., Sheals, K., & Godinho, C. A. (2018). Evaluating the effectiveness of behavior change techniques in health-related behavior: a scoping review of methods used. *Translational behavioral medicine*, 8(2), 212-224. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibx019>
- Miranda, T. y Yanet, D., (2013). Cuidadores informales de personas dependientes en Chile, Aspectos psicosociales y culturales, *Tesis y disertaciones académicas*. Recuperado de: <http://gredos.usal.es/jspui/handle/10366/124233>
- Mosquera, I., Vergara, I., Larrañaga, I., Machón, M., Del Rio, M., & Calderón, C. (2016). Measuring the impact of informal elderly caregiving: a systematic review of tools. *Quality of Life Research*, 25(5), 1059-1092. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1159-4>
- Naylor, M. D., Brooten, D. A., Campbell, R. L., Maislin, G., McCauley, K. M., & Schwartz, J. S. (2004). Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(5), 675-684. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52202.x>
- Neville, C., Beattie, E., Fielding, E., & MacAndrew, M. (2015). Literature review: use of respite by carers of people with dementia. *Health & social care in the community*, 23(1), 51-63. <https://doi.org/10.1111/hsc.12095>

- Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS. (2008). *La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Recuperado del sitio de Internet de Organización Mundial de la Salud https://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS. (2011). *Informe Mundial Sobre la Discapacidad*. Recuperado del sitio de Internet de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/
- Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Recuperado del sitio de Internet de Organización Mundial de la Salud https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=896B6B4D4ECA9492AFBB7F978A8DBED9?sequence=1
- Organización de Naciones Unidas, ONU (2017). *World Population Ageing*. Recuperado del sitio de Internet de Organización de Naciones Unidas, Departamento de Economía y Asuntos Sociales: <https://www.un.org/en/development/desa/population/theme/ageing/index.asp>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE (2017). *Health at a Glance 2017: OECD indicators*. Recuperado del sitio de Internet de Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en
- Painter, J. E., Borba, C. P., Hynes, M., Mays, D., & Glanz, K. (2008). The use of theory in health behavior research from 2000 to 2005: a systematic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 35(3), 358-362. <https://doi.org/10.1007/s12160-008-9042-y>
- Parra-Vidales, E., Soto-Perez, F., Perea-Bartolomé, M. V., Franco-Martin, M. A., & Muñoz-Sanchez, J. L. (2017). Online interventions for caregivers of people with dementia: a systematic review. *Actas españolas de psiquiatria*, 45(3), 116-126. Recuperado de <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/19/107/ENG/19-107-ENG-116-26-887591.pdf>
- Pereira, B., Ramos, T., Iven, G., Thume, E., & Augusto, A. (2016). Multimorbidity and mortality in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Archives of gerontology and geriatrics*, 67, 130-138. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.07.008>
- Pérez-Cruz, M., Muñoz-Martínez, M. Á., Parra-Anguita, L., & del-Pino-Casado, R. (2017). Afrontamiento y carga subjetiva en cuidadores primarios de adultos mayores dependientes

- de Andalucía, España. *Atención Primaria*, 49(7), 381-388. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217648>
- Piersol, C. V., Canton, K., Connor, S. E., Giller, I., Lipman, S., & Sager, S. (2017). Effectiveness of interventions for caregivers of people with Alzheimer's disease and related major neurocognitive disorders: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 71(5), 1-10. <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.027581>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *International Psychogeriatrics*, 18(4), 577-595. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-017-4833-3>
- Prados, A., del Cura, I., Prados, J., Leiva, F., López, J., Calderón, A., & Muth, C. (2017). Multimorbilidad en medicina de familia y los principios Ariadne. Un enfoque centrado en la persona. *Atención Primaria*, 49(5), 300-307. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.11.013>
- Puth, M. T., Weckbecker, K., Schmid, M., & Münster, E. (2017). Prevalence of multimorbidity in Germany: impact of age and educational level in a cross-sectional study on 19,294 adults. *BMC public health*, 17(1), 826. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4833-3>
- Querejeta, M. (2012). Discapacidad y Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación. Recuperado del sitio de Internet de Repositorio Iberoamericano sobre Discapacidad: <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/3397>
- Rodakowski, J., Rocco, P. B., Ortiz, M., Folb, B., Schulz, R., Morton, S. C., ... James, A. E. (2017). Caregiver Integration During Discharge Planning for Older Adults to Reduce Resource Use: A Metaanalysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(8), 1748–1755. <https://doi.org/10.1111/jgs.14873>
- Roqué, M., Fassio, A., Massad Torres, C., Herrera Muñoz, F., Rovira, A., Karin Rubin, R., ... & Rodríguez, M. (2016). Políticas Públicas sobre Envejecimiento en los Países del Cono Sur. Recuperado del sitio de Internet de Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO: <http://www.flacsochile.org/publicaciones/politicas-publicas-sobre-envejecimiento-en-los-paises-del-cono-sur/>
- Ruiz, M., Bottle, A., Long, S., & Aylin, P. (2015). Multi-morbidity in hospitalised older patients: Who are the complex elderly? *PLoSOne*, 10 (12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145372>

- Sasat, S., & Bowers, B (2013). Spotlight Thailand. *The Gerontologist*, 53(5), 711–717. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt038>
- Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA. (2009). *Las Personas Mayores en Chile: situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez* (1st ed.). Chile: Maval.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA. (2016). *Estándares de Calidad para Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores* (1st ed.). Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA).
- Servicio Nacional de Discapacidad, SENADIS. (2017). *Discapacidad y Dependencia Caracterización de la dependencia en las personas en situación de discapacidad a partir del II Estudio Nacional de la Discapacidad*. Recuperado del sitio de Internet de Servicio Nacional de Discapacidad de Chile: <https://www.senadis.gob.cl/descarga/i/5058>
- Slachevsky, A., Budinich, M., Miranda-Castillo, C., Núñez-Huasaf, J., Silva, J. R., Muñoz-Neira, C. & Delgado, C. (2013). The CUIDEME Study: determinants of burden in chilean primary caregivers of patients with dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 35(2), 297-306. <https://doi.org/10.3233/JAD-122086>
- Stall, N., Nowaczynski, M., & Sinha, S. (2014). Systematic review of outcomes from home-based primary care programs for homebound older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(12), 2243-2251. <https://doi.org/10.1111/jgs.13088>
- Vandepitte, S., Van den Noortgate, N., Putman, K., Verhaeghe, S., Faes, K., & Annemans, L. (2016). Effectiveness of supporting informal caregivers of people with dementia: a systematic review of randomized and non-randomized controlled trials. *Journal of Alzheimer's Disease*, 52(3), 929-965. <https://doi.org/10.3233/JAD-151011>
- Van Durme, T., Macq, J., Jeanmart, C., & Gobert, M. (2012). Tools for measuring the impact of informal caregiving of the elderly: a literature review. *International journal of nursing studies*, 49(4), 490-504. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.10.011>
- Wang, L. Q., & Chien, W. T. (2011). Randomised controlled trial of a family-led mutual support programme for people with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 15(20), 2362-2366. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.0>
- Wang, L. Q., Chien, W. T., & Lee, I. Y. (2012). An experimental study on the effectiveness of a mutual support group for family caregivers of a relative with dementia in mainland China. *Contemporary nurse*, 40(2), 210-224. <http://dx.doi.org/10.5172/conu.2012.40.2.210>

- Whittingham, K., Barnes, S., & Gardiner, C. (2013). Tools to measure quality of life and carer burden in informal carers of heart failure patients: a narrative review. *Palliative medicine*, 27(7), 596-607. <https://doi.org/10.1177/0269216313477179>
- Wolff, J. L., Mulcahy, J., Huang, J., Roth, D. L., Covinsky, K., & Kasper, J. D. (2017). Family Caregivers of Older Adults, 1999– 2015: Trends in Characteristics, Circumstances, and Role-Related Appraisal. *Gerontologist*, 00(00), 1–12. <https://doi.org/.1093/geront/gnx093>
- Xiao, L., De Bellis, A., Kyriazopoulos, H., Draper, B., & Ullah, S. (2016). The Effect of a Personalized Dementia Care Intervention for Caregivers From Australian Minority Groups. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 31(1), 57-67. <http://dx.doi.org/10.1177/1533317515578256>
- Xu, X., Mishra, G. D., & Jones, M. (2017). Evidence on multimorbidity from definition to intervention: an overview of systematic reviews. *Ageing Research Reviews*, 37, 53-68. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2017.05.003>
- Zhao, Y., Feng, H., Hu, M., Hu, H., Li, H., Ning, H., ... & Peng, L. (2019). Web-Based Interventions to Improve Mental Health in Home Caregivers of People With Dementia: Meta-Analysis. *Journal of medical Internet research*, 21(5). <https://doi.org/10.2196/13415>

9. Anexos

9.1. Instrumentos de medición

Distintos estudios han utilizado múltiples instrumentos para medir el impacto que la labor del cuidar tiene sobre el cuidador informal (Mosquera, Vergara, Larrañaga, Machón, Del Río y Calderón, 2016). Entre los constructos medidos se encuentran, carga de cuidado, calidad de vida, manejo y afrontamiento, salud mental y emocional, impacto psicosocial, hábitos saludables y salud física (Mosquera et al., 2016).

- **Carga de cuidado:** Una de las herramientas ampliamente utilizada para medir la carga de trabajo es: la *Escala de Carga de Zarit (ZBI)* (versión de 22 ítems; buena confianza y validez de constructo) (Van Durme, Macq, Jeanmart y Gobert, 2012; Mosquera et al., 2016), a la que los autores refieren miden el grado de impacto del estrés, carga objetiva como subjetiva, inherente a la tarea del cuidar, y que finalmente influye en la salud física, emocional, relaciones sociales y/o situación financiera de los cuidadores (Mosquera et al., 2016). La mayoría de los estudios utilizan esta escala por lo que asegura una comparación de resultados más homogénea (Martín-Carrasco, Domínguez, Muñoz, González, y Ballesteros, 2013; Mosquera et al., 2016); la versión del *ZBI* de 12 ítems, el *Screen for Caregiver Burden (SCB)*, 25 ítems) (Mosquera et al., 2016; Martín Carrasco et al., 2013) o *Pearlin's overload scale* (4 ítems) (Mosquera et al., 2016), *CBI* (Martín-Carrasco et al., 2013).
- **Calidad de Vida:** Muchos autores utilizan este tipo de herramientas conceptualizando la calidad de vida, como un fenómeno multicausal. Por ejemplo, la percepción de que el control tiene una relación inversa con la aparición de la sobrecarga del cuidador. Otros se han dedicado a estudiar, las reacciones emocionales, bienestar mental y salud física. Por tanto, las herramientas pueden variar enormemente en relación su contenido. Usualmente se ha medido: la salud física, psicológica y soporte social con la *WHOQOL-Bref*; el *Quality of Life in Alzheimer's Disease, Caregiver Version (CQOL-AD)* da cuenta de la salud física, la energía, el ánimo, la memoria, la capacidad de ocio, entre otras. El funcionamiento físico,

las limitaciones físicas, dolor corporal, salud general y funcionamiento social se pueden medir con el *Short-Form Health Survey* (SF-36 y SF-12); el *Nottingham Health Profile* (NHP) se ha usado para medir el nivel de energía percibido, dolor, movilidad, sueño; el *Perceived Change Index* entrega datos sobre el nivel de manejo de los desafíos de cuidado, los afectos y síntomas somáticos; la *Scale of Well-being* (Mosquera et al., 2016) mide el estado nutricional, actividades físicas, actividades preventivas y control del estrés. Y el EQ-5D (Whittingham et al., 2013) que mide la percepción de salud en general (dolor, discomfort, ansiedad, autocuidado).

- **Manejo, control y afrontamiento:** se relaciona con respuestas complejas y dinámicas que demuestran los cuidadores para resolver las actividades prácticas y problemas, y además mantener su capacidad de recuperación psicológica basal para ejercer su rol. Para esto se ha usado el *Caregivers' Assessment Management Index* (CAMI). Otras escalas evalúan este aspecto en términos de necesidades específicas de los cuidadores como el *Dementia Care Needs Assessment* (DCNA) o escalas de medición para las decisiones tomadas por los cuidadores en su labor como la *Deciding on Preferences scale*; la medición de dificultades que tiene el cuidador *Caregiver Assessment Difficulties Index*, CADI; la satisfacción con el cuidado *Caregiver Assessment of Satisfaction Index* (CASI); *Gain in Alzheimer's care Instrument* y el *Positive Aspects of Caregiving* para evaluar el grado de gratificación que sienten los cuidadores al ejecutar su labor (Mosquera et al., 2016). Para medir el control, se ha utilizado la *escala de autoeficacia del cuidador* (*Caregiver self-Efficacy Scale*, CSS) (Van Durme, Macq, Jeanmart y Gobert, 2012).
- **Salud mental y emocional:** los test más utilizados para medir el distrés son el *cuestionario de salud general* (*General Health Questionnaire*, GHQ) y el *cuestionario de autoreporte* (*Self-Reporting Questionnaire*, SRQ-20); la depresión se ha medido usando *Center for Epidemiologic Studies Depression scale* (CES-D), *escala de depresión geriátrica* (*Geriatric Depression Scale*, GDS), el *inventario de depresión de Beck* (*Beck Depression Inventory*, BDI) y la *escala de ansiedad y depresión de Goldberg* (*Goldberg's Anxiety and Depression scales*); la ansiedad a través de la *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) (Mosquera et al., 2016).

- **Impacto psicosocial:** el impacto psicosocial hace referencia a redes sociales, apoyo, control del trabajo y del hogar, el desequilibrio esfuerzo/recompensa, la seguridad, la autonomía, y el conflicto entre el trabajo y la familia que terminan afectando las relaciones interpersonales. Algunos estudios utilizan *Family Caregiver Conflict Scale*, *Family Conflict scale*, *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES III)*, *Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS)*; para la evaluación del afecto percibido y soporte personal, se han usado *Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire Health and Daily Living Form (HDLF)* *social activity*, *social network satisfaction scale* y el *Abbreviated Lubben Social Network Scale (A-LSNS)*(Mosquera et al., 2016).
- **Hábitos saludables y salud física:** Se sabe que los hábitos tendrían un efecto sobre la salud física, sin embargo, existen relativamente pocos instrumentos que midan estos. Se han utilizado aquí la *Caregiving Family Profile Questionnaire* y el *Pittsburgh Sleep Quality Index* (Mosquera et al., 2016). El primero se enfoca en obtener medidas del estado de salud general, y algunas situaciones de cuidado. El *Pittsburgh Sleep Quality Index* por otro lado, se concentra en la percepción subjetiva de la calidad del sueño, la latencia del sueño, su duración, la eficiencia del dormir o uso de medicación, y el nivel de funcionamiento diario.

Tabla 4

	Carga de cuidado	Calidad de vida	Manejo, control y afrontamiento	Salud mental y emocional	Impacto psicosocial	Hábitos saludables y salud física
Mosquera et al., 2016	-ZBI-22 -ZBI-12 -Pearlin's overload scale -Screen for Caregiver Burden SCB	- WHOQOL-Bref -Quality of Life in Alzheimer's Disease -SF-36 y SF-12 -CQOL-AD	-CAMI -DCNA Dementia Care Needs Assessment -Deciding on Preference scale -CADI	-GHQ -SRQ-20 Self-Reporting Questionnaire -CES-D Center for Epidemiologic Studies Depression scale -GDS	-Family Caregiver Conflict Scale -Family Conflict scale -FACES III -HDLF -A-LSNS	-Caregiving Family Profile Questionnaire -Pittsburgh Sleep Quality Index

		-NHP Nottingham Health Profile - Perceived Change Index - Scale of Well-being	-CASI -Gain in Alzheimer's care Instrument -Positive Aspects of Caregiving	-BDI -Goldberg's anxiety and depression scales -STAI		
Martín Carrasco et al., 2013	-ZBI (s/o) -SCB (s/o) Screen for Caregiver Burden -CBS-FNH (s) Caregiver Burden Scale for Family Caregivers with Relatives in Nursing Homes -CBI (m) Caregiver Burden Inventory -RSS (dis) Relative Stress Scale -CNA-D Carers' Needs assessment for dementia. - SCAD Cuestionario de Sobrecarga en cuidadoras de ancianos con demencia - RMBPC Revised Memory and Behaviour Problems Checklist			- Neuropsychiatric Inventory Caregiver Distress Scale		
Whittingham et al., (2013)	-ZBI (s/o)	-SF-36 -EQ-5D		-HADS -Cantril's Ladder of Life -BSI -BDI -CES-D		

Van Durme et al., (2012)	-ZBI (s/o) -BAS burden Assessment Scale (BAS) -Burnout measure -Caregiver Burden -Caregiver Burden Scale CBS -Measurement of burden (CSOB) -Perceived burden measure -Rapid screen for caregiver burden - SCB Screen for Caregiver Burden	- Caregive r well-being scale -Quality of life tool for family of cancer patients	-Jalowiec coping scale -Caregiver self-Efficacy Scale (CSS)	-Caregiver strain index		
---------------------------------	---	--	--	-------------------------	--	--

9.2. Pauta de Entrevista: Evaluación de diagnóstico y necesidades en salud de los cuidadores informales de adultos mayores, que asisten al hospital Sótero del Río. Mayo, 2019

Entrevista Profesionales

Fecha: Sexo: Edad: Nivel de estudios: Relación con usuario: Profesión y/o ocupación actual:
• ¿Cuál piensa es la principal necesidad que tienen los cuidadores informales o equipo de salud, de los adultos mayores aquí en el hospital? • ¿Qué características tienen los potenciales usuarios de la intervención? • ¿Qué conocimientos cree que necesitan los familiares? • al momento de cuidar ¿Qué habilidades cree que necesitan los familiares? • ¿En qué horarios cree que sería más cómodo que los interesados pudieran participar? ¿Por qué? • ¿Qué cree usted que pensarían las jefaturas o administrativos de la realización de esta intervención? • ¿Qué elementos debieran estar presentes para que este taller tuviera interés para usted, para su jefatura o para el hospital? • ¿Cuál es el principal o principales beneficios/s que usted cree puede tener el realizar un taller de estas características en su unidad? • ¿Qué resultados usted esperaría a corto plazo? ¿Y a largo plazo? • Según usted, ¿Cuáles serían los objetivos que debiera tener un taller de estas características?

- Y en relación con esos objetivos (pregunta anterior) ¿En cuánto tiempo usted estima que debiera haber resultados?
- ¿Qué dificultades cree usted que estarían presentes al momento de llevar a cabo este taller? ¿Y a nivel administrativo?
- ¿Ha habido talleres similares en el hospital, u otros, en relación con los cuidadores?
- ¿Quiénes se encargaron de planificarla y ejecutarla?
- A su juicio, ¿quiénes podrían dirigir, diseñar y ejecutar esta intervención?
- ¿Hay personas que tengan conocimientos y/o habilidades de los procesos del tratamiento del adulto mayor o sus cuidadores?
- Respecto a la intervención y quienes la llevarán a cabo, ¿Qué efectos (a nivel emocional u otros) cree que produciría sobre el mismo equipo profesional? ¿esto sucederá a corto o a largo plazo? ¿porque cree que se producirá esto?
- ¿Qué se puede hacer para mantener al equipo motivado?
- Eventualmente, ¿Con qué tipo de recursos, se podrían disponer para realizar este taller? ¿Sistemas de incentivo, por ejemplo?
- ¿Cuáles son los recursos disponibles en la institución (recursos humanos, tiempos de reunión, económico, infraestructura tecnológica u otras, jefaturas)?
- ¿Con qué recursos cuenta el hospital o la comuna de Puente Alto, en relación a soporte de este tipo de usuarios?
- En relación con lo anterior, ¿usted cree o sabe si existe algún tipo de obstáculo para que los usuarios hagan uso de estos recursos?
- ¿Cómo se asegura la continuidad de cuidados de estos pacientes una vez se haya dado paso a los procesos de alta médica?
- ¿Existen protocolos específicos del proceso de alta médica para este tipo de usuarios y sus cuidadores? ¿se llevan a cabo con todos los pacientes?
- ¿Me podría comentar algo acerca de estos?
- ¿En qué momentos del tratamiento usted nota que hay una mayor una oportunidad para poder intervenir?
- ¿Cuál horario le acomodaría más a las personas de su unidad para realizar un taller de este tipo? ¿En qué horarios sería más cómodo/óptimo para los usuarios en participar?
- ¿Cuántas veces a la semana cree debiera realizarse este taller?
- En términos de cada una de las sesiones, ¿Que duración debieran tener estas?
- ¿Para cuantas personas son los espacios que pudieran ser utilizados? ¿Dónde se encuentran ubicados?
- ¿Quiénes se encargan de la administración y disponibilidad de los espacios de salas o auditorios, en su unidad o en el hospital?

Entrevista Usuarios

Fecha:
 Sexo:
 Edad:
 Nivel de estudios:
 Relación con usuario:
 Profesión y/o ocupación actual:

- ¿Cuáles miembros de su familia o comunidad se van a encargar de cuidar a su familiar? ¿Quiénes lo podrían ayudar? ¿Por qué?
- ¿Cuáles tareas cree que va a tener usted que realizar por su familiar? ¿Qué obstáculos tendría para poder realizar esas tareas?
- ¿Qué tipo de apoyo (De su familia, del hospital, del consultorio, u otro) usted cree que va a necesitar en este momento? ¿y a futuro?

- ¿Qué tipo de profesional cree que pudiera ayudarlo ante las dificultades de cuidar a su familiar?
- ¿Qué tipo de información o conocimiento usted requiere/requeriría para sentir seguridad al momento de cuidar a su familiar/usuario?
- En el caso de necesitar información adicional, ¿a dónde acudiría usted para poder solicitarla? ¿Porque en ese lugar?
- ¿Necesitaría alguna habilidad específica? (traslado, medicamentos, comunicación)
- ¿Cuál o cuáles habilidades cree que son las más importantes? ¿Cuál de estas cree va a necesitar aprender más rápido?
- ¿Cuáles de esas habilidades usted siente que domina, y cuáles no? ¿con respecto a las que domina, porque cree que las domina?
- ¿Había cuidado con anterioridad a un adulto mayor? ¿Cómo fue esa experiencia?
- En caso positivo, ¿Cómo aprendió acerca de las habilidades, conocimientos o recursos para atender a ese adulto mayor?
- ¿Cuáles cree que van a ser las mayores dificultades para cuidar a su familiar? ¿Como es la relación que tiene con su familiar? ¿Tiene algún problema al momento de comunicarse con él/ella, trasladarlo, u otro? ¿cómo se siente con eso
- ¿cómo podría superar estas dificultades?
- ¿cómo cree que se va a sentir usted o su familia al momento de cuidar a su familiar?
- ¿habría algo que le ayudará a resolver ese malestar? o ¿hay algo que le ayudaría a mantener estable esa sensación?
- ¿Cuál horario le acomodaría más usted para ir a un taller de este tipo? ¿Por qué? (sociales y ambientales)
- ¿Cuántas veces a la semana cree usted que sería lo más cómodo?
- ¿De cuanta duración cree que debieran ser estos talleres?
- ¿Conoce usted algún recurso disponible en su junta de vecino, comuna o consultorio que le ha ayudado en el pasado, o podría ayudarlo para cuidar a su familiar?
- ¿Si tuviera la oportunidad de asistir a este taller, quisiera asistir con algún otro miembro de su familia a comunidad? ¿Porque ellos?

**Manual del Programa para Cuidadores Principales de
las Personas Mayores del Servicio de Medicina del
Hospital Dr. Sótero del Río**

***Programa del Cuidador Principal
de la Persona Mayor***
Hospital Doctor Sótero del Río

Manual del Programa para Cuidadores Informales de Personas Mayores

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Este manual es para uso EXCLUSIVO del personal del proyecto y facilitadores del programa Taller para Cuidadores Informales de Adultos Mayores del Servicio de Medicina del Hospital Sótero del Río.

Cualquier pregunta sobre este manual deberá dirigirse a: Gonzalo Gutiérrez, al mail: gegutierrez@uc.cl.

CÓMO USAR ESTE MANUAL

Este manual es su guía de capacitación. Contiene una introducción al programa, una descripción de su organización, una perspectiva general, una descripción de su evaluación, el marco teórico que se utilizó, una descripción de los componentes, claves subyacentes al programa y a sus estrategias de enseñanza, y finalmente, el programa que usted implementará.

Lleve este manual con usted a todas sus capacitaciones y cuando trabaje en el programa. Puede escribir y tomar las notas que considere necesarias. Avísenos, sobre cualquier información adicional que pueda necesitar para ayudarle a dar el programa como está escrito.

Índice

Introducción	Pág. 2
Contextualización	Pág. 3
Perspectiva general de la intervención para cuidadores principales de personas mayores	Pág. 4
Componentes clave de intervención: Atención para de Cuidadores Informales de Persona Mayor	Pág. 5
Formato del programa	Pág. 7
Procesos de evaluación del proyecto	Pág. 12
Instrucciones de Aplicación	Pág. 13
Materiales	Pág. 61
Material General	Pág. 62
Sugerencias y contenidos para uso y/o preparación del material para los talleres	Pág. 75
Pauta de Evaluación de las Necesidades del Cuidador Informal	Pág. 90
Cuestionarios	Pág. 98
Cuadernillo del cuidador	Pág. 108

Introducción

El siguiente informe, corresponde a una propuesta de intervención, enmarcada bajo la modalidad de Trabajo de Grado en el Magister de Psicología de la Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Se propone un trabajo interinstitucional, con el Complejo Asistencial Doctor Sótero del Río (CASR). Éste es un hospital de alta complejidad ubicado en Av. Concha y Toro 3459, de la comuna de Puente Alto. Depende del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, que se encarga de atender a las comunas de La Florida, La Granja, La Pintana, San Ramon, Pirque, San José de Maipo y Puente Alto (CASR, s.f.), que en total posee una población de 1.356.538 habitantes según el CENSO 2017 (Instituto Nacional de Estadística (INE), 2018b)

Se tuvo como objetivo final, el diseño de un taller para cuidadores informales de adultos mayores con multimorbilidad que asisten al Servicio de Medicina del CASR, en donde se ha detectado una alta tasa de re-hospitalización temprana, producto de una incorrecta ejecución de los cuidados de largo plazo. Por tanto, nuestro propósito será la disminución del reingreso de estos adultos mayores, a través de un servicio orientado a sus cuidadores principales o informales.

A continuación, se presenta el manual de atención a los cuidadores informales de personas mayores, del Servicio de Medicina, que se generó como resultados de la revisión de literatura y la aplicación de entrevistas semiestructuradas, que fueron parte del proyecto.

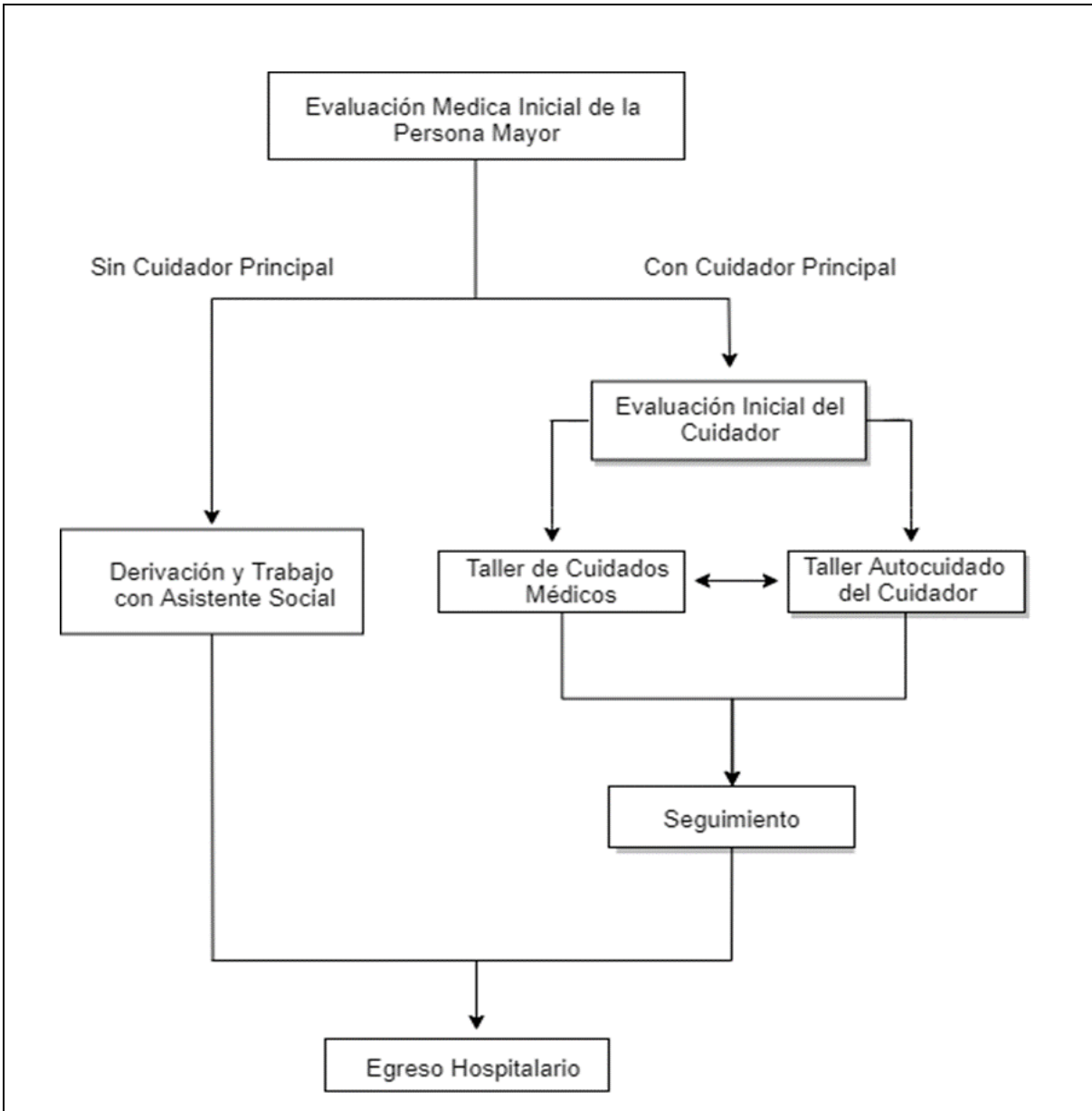
Contextualización

El CASR ofrece servicios en atención secundaria (área ambulatoria y hospital de día) y terciaria (hospitalizaciones). Los usuarios hospitalizados egresados, de edades entre 65 y 79 años, alcanzan la cifra de 5.959, y los de 80 o más años un total de 2.345, representando el 20,74% de los egresos totales (40.022) en el año 2017 (Departamento de estadísticas e Información de Salud (DEIS), s.f). Además, del total de los egresados, el 95% (38.041) pertenecen al Fondo Nacional de Salud (FONASA) (DEIS, s.f).

El Servicio de Medicina se divide en 3 áreas, medicina básica, medicina aguda y oncología. El taller que se pretende establecer estará dirigido a los cuidadores principales, o informales, de adultos mayores que se han hospitalizado en el área de medicina básica. Esto se debe a que recibe la mayor tasa de adultos mayores. En el área de medicina básica, se da cobertura de hasta 72 pacientes, con la asistencia de 21 enfermeras. La población en el servicio de medicina, mayor de 65 años, egresa con diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva (313), neumonías bacterianas (254), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (242) y neumonía no especificada (239); en la unidad de neurología-neurocirugía, es el del infarto cerebral (213) y en traumatología, serían las fracturas del cuello de fémur (136) (DEIS, s.f). Además, se ha estimado que el promedio de estadía hospitalaria de los adultos mayores es de 16 días en el año 2018.

Debido a la alta estadía de los adultos mayores en el hospital, es que se vuelve relevante poder entregar un servicio, que mantenga la provisión de cuidado efectivo tras el alta médica y disminuir el reingreso de estos usuarios, producto de una incorrecta ejecución de cuidados a largo plazo. Por tanto, desde la escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, ofrecemos el diseño de un taller para cuidadores informales de adultos mayores con multimorbilidad.

Perspectiva general de la intervención para cuidadores principales de personas mayores



La intervención tiene como **objetivo general**:

Mejorar las habilidades de asistencia y soporte asociados al cuidado de personas mayores, por parte de sus cuidadores informales.

los siguientes **objetivos específicos a corto plazo:**

- Aumentar la percepción de autoeficacia y manejo en los cuidados de la persona mayor.
- Mejorar la calidad de vida de los cuidadores del adulto mayor del hospital.
- Disminuir la percepción de estrés y sobrecarga, por parte del cuidador informal, derivado de la relación de soporte del adulto mayor.

y a largo plazo:

- Disminuir la cantidad de reingresos hospitalarios de personas mayores.
- Disminuir la cantidad de días/cama de las personas mayores que re-ingresan al hospital.

La intervención se basa en la Teoría de Autorregulación (Leventhal, 2003) la que pone énfasis en el rol de las representaciones mentales de una enfermedad, sobre las estrategias de afrontamiento con la que los individuos se posicionan frente a la enfermedad. Por lo mismo, hay 4 elementos que son clave que usted pueda mantener.

Componentes clave de intervención: Atención para de Cuidadores Informales de Persona Mayor

1) Centrados en los participantes. Se reconoce aquí, la individualidad de cada cuidador y el contexto que comparte con el usuario, y que finalmente, impactan sobre las necesidades y problemas particulares de cada uno de ellos. Por tanto, es importante indagar en la mayor medida posible en la realidad de los cuidadores y sus problemas para realizar el cuidado. Recuerde que se proporciona una lista de recursos de ayuda para la cual pueden acceder los cuidadores.

2) Soporte social. A este elemento se le da prioridad, por sobre la modalidad individual. Si bien, las diferencias entre la modalidad individual y grupal no son significativas, debemos tener en cuenta que la modalidad grupal parece anclarse a los recursos que el equipo de medicina del hospital puede ofrecer.

El soporte no debe darse solo entre los participantes del grupo, sino que también con el equipo profesional. Por tanto, estos deben buscar estrechar su vínculo y la relación con el usuario, hasta un límite aceptable. Los encargados deben interesarse por conocer de la vida del paciente y cuidador, escuchar activamente sus necesidades, para que esta intervención sea exitosa.

3) Percepción de competencia para el cuidado. La percepción de competencia les permite a los cuidadores poder situarse ante la labor de asistencia y poder afrontarlo, de manera eficiente. Manejar el cuidado centrándose en las estrategias que ha dominado, es el fin de esta intervención.

4) Literacidad. Finalmente, la comprensión de los tratamientos requiere una responsabilidad compartida entre el profesional y el cuidador. Por el lado del profesional, éstos deben encargarse de que los cuidadores entiendan toda la información contenida en la intervención. En este sentido, hemos puesto la mayor cantidad de recursos en el

diseño (instrucciones paso a paso, imágenes, recursos audiovisuales, entre otros), con tal de que el mensaje pueda llegar a los potenciales receptores de manera clara y precisa.

Por otro lado, los cuidadores deben interesarse por aprender los contenidos de los talleres. Por lo mismo, los profesionales deben intentar motivarlos constantemente a participar en las sesiones. Esto se puede lograr planteando preguntas, o actividades, valorando también sus opiniones y experiencias personales. Es incorrecto pensar que solo por el hecho de exponer información, los cuidadores prestaran la debida atención a las exposiciones. Por lo tanto, debe captar su atención, y centrarlos en que participen, aunque esto reduzca las posibilidades de repasar todos los contenidos del taller. Se prefiere que se integre bien la información. Recuerde, que ellos contarán con material suplementario en caso de que deban repasar algo, o necesiten algún tipo información. Además, en caso de que se den cuenta de que haya cuidadores que difícilmente puedan llegar a comprender los contenidos, sea activo en ampliar la invitación a otros miembros del círculo de familiares, para que actúen como apoyo/soporte en el cuidado.

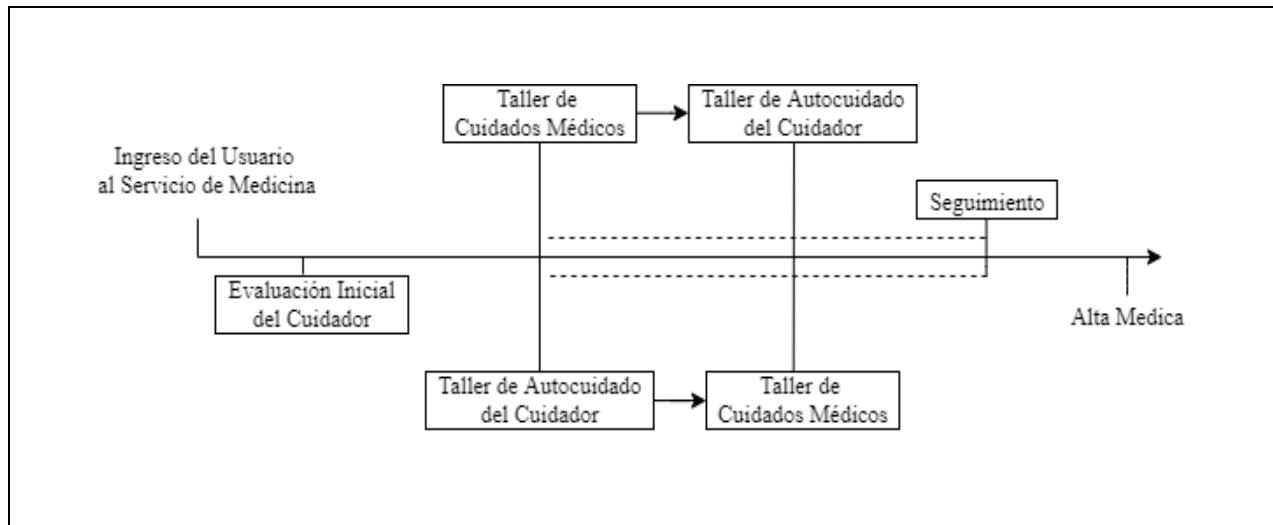
Formato del programa

La información que se proporciona para cada módulo incluye:

Justificación	Definen o dan las razones de la existencia de los objetivos del módulo.
Explicación	Están diseñadas para darles al facilitador un punto de referencia de que es lo que los participantes debieran hacer.
Actividades	Son actividades desarrolladas alcanzar los objetivos y las metas.
 Tiempo de cada actividad	Establece el tiempo asignado para cada actividad del módulo. Los facilitadores deben efectuar cada actividad en el tiempo asignado.
 Materiales	Proporciona una lista de todo lo que necesitará para la sesión.
 Material Audiovisual	Se adjuntan códigos QR para que los profesionales y los cuidadores puedan acceder al material audiovisual preparado para esta intervención. Basta con escanear el código QR con una cámara de celular o cualquier aplicación descargable.
Notas detalladas para el profesional	Proporcionan las ideas clave que se van a presentar. Se supone que los facilitadores poseen suficiente conocimiento para trabajar con los conceptos que presenten.
 Procedimientos e instrucciones paso a paso	Se detallan y enumeran a lo largo de cada módulo. Como veremos a continuación, lo que el facilitador tiene que hacer está numerado, y lo que tiene que decir está encerrado en un recuadro.

La organización del proceso de atención que se propone en este manual está destinada desde su diseño para los cuidadores principales o informales de adultos mayores (mayores de 60 años) que permanecen hospitalizados en la unidad medicina. La intervención se propone como parte del protocolo estándar del alta para el adulto mayor, y tiene como propósito a largo plazo, la disminución del reingreso hospitalario temprano de estos pacientes.

El proceso total tiene 4 etapas definidas: 1) Evaluación de las necesidades del cuidador, 2) Taller de cuidados del adulto mayor, 3) Taller de cuidados del cuidador y 4) Seguimiento y proceso de alta médica.



Módulo 1

I.-Evaluación Inicial de las necesidades del cuidador. En esta etapa se evalúa al cuidador/familiar que acompaña a la persona mayor, más de 60 años, que está hospitalizada en el servicio de medicina del hospital. Esta evaluación debe ser realizada una vez que el paciente sea ingresado formalmente (desde 24 hasta 48 horas máximo desde el ingreso del usuario). Se hace por medio de “**Pauta de Evaluación de las necesidades del Cuidador Informal**”. Su aplicación depende de los encargados del taller (preferiblemente), asistentes sociales o enfermeras a cargo.

Al terminar esta evaluación de manera personalizada con el cuidador, se le entrega los cuestionarios adicionales para que puedan completarlos. Se le debe dar al cuidador la opción de elegir, si desea resolverlos en conjunto con el entrevistador o en su domicilio. En caso de que desee rellenarlos con el entrevistador, se deben leer cada una de las preguntas en conjunto. La segunda opción implica que los cuestionarios deben ser resueltos en un plazo que puede variar entre 24 y 48 horas como máximo. Deben

ser rellenados por los cuidadores principales, y ser entregados a los encargados del taller (preferentemente); o también, a asistentes sociales o enfermeras encargados.

Se sugiere que este módulo, sea realizado por miembros del equipo de Asistentes Sociales del Servicio de Medicina, debido a que poseen oficinas idóneas para poder trabajar con los cuidadores.

Módulo 2

II.A.- Taller de Cuidados Médicos. Está dirigido a un grupo de 15 cuidadores como máximo y 5 como mínimo, y tiene una duración de 2 horas. Este taller se diseñó en base a la terapia de resolución de problemas y los resultados de las entrevistas semiestructuradas dirigida a los agentes claves, que participan en la atención de cuidadores primarios de adultos mayores en el hospital (*para más detalles respecto al proceso de entrevistas, dirigirse a los editores utilizando la información de contactos*).

II.B.- Taller de autocuidado para el cuidador informal. Se propone un segundo taller, derivado principalmente de las entrevistas utilizadas para el diseño de esta intervención. Este taller complementa la información de afrontamiento orientado hacia la emoción, en contraposición con el taller de cuidados médicos, y que permite concretar finalmente que la intervención este basado en la Teoría de cambio conductual de autorregulación de Leventhal (2003).

Ambos talleres, pueden ser realizados por enfermeras, asistentes sociales, técnicos o profesionales del servicio de medicina con cierto dominio del cuidado del adulto mayor. Pueden colaborar estudiantes en práctica, o internistas. Se sugiere, que se concentren los profesionales o técnicos médicos en el “*taller de cuidados médicos*”, y aquellos con un dominio en aspectos psicosociales, en el “*taller de autocuidado*”

Módulo 3

III.- Seguimiento. La fase 3 se realiza una vez que el cuidador haya participado al menos una vez en el taller y durante los días posteriores a este. Se le denomina etapa de **Seguimiento**. Resulta fundamental porque es en esta fase que se pretende evaluar si el cuidador aún tiene dudas acerca del cuidado del adulto mayor, la patología, servicios, o acerca de los problemas y necesidades surgidas durante el taller y no fueron respondidas (se debe revisar en esta sesión si los cuidadores asistieron a los talleres con los registros de participación, en la sección materiales generales).

Se le informa al cuidador que debe llevar el mismo documento al centro de salud que le corresponde, al momento de realizar la consulta médica usual.

Idealmente debieran implementarse acciones de seguimiento, asociado a visitas domiciliarias o telefónicas con este objetivo.

Los encargados del taller; asistentes sociales, enfermeras o médicos que colaboren con ellos, deben completar el documento “*Formulario de control del tratamiento*”, previamente a la fase de seguimiento. Este paso es fundamental, ya que contiene los procedimientos en el hospital y tratamiento que se debe seguir.

Módulo 4

IV.- Evaluación. Esta etapa consiste principalmente en la medición que la intervención tiene sobre las tasas de reingreso hospitalario de las personas mayores. Además, se busca determinar en esta etapa, si existe alguna relación entre las personas que son readmitidas durante la primera semana, su estancia media, y los resultados de la percepción de autoeficacia, enfermedad y manejo sobre el cuidado de la persona mayor.

Se sugiere, que este elemento sea monitoreado por técnicos o profesionales que trabajen exclusivamente en el pabellón de atención del Servicio de Medicina.

Las etapas se pueden resumir en:

MÓDULO 1: EVALUACIÓN INICIAL CUIDADOR		
Etapa	Actividades	Duración
I	a. Conociendo a los cuidadores.	5 min.
	b. Comunicación descripción del programa completo de intervención y evaluación	35 min.

MÓDULO 2: TALLER PARA EL CUIDADOR		
Taller de Cuidados Médicos		
Etapa	Actividades	Duración
II.A	a. Recepción Inicial	20 min.
	b. Inicio de terapia de resolución de problemas, grupo de discusión y lluvia de ideas • Opción 1 • Opción 2	20 min.
	c. Enumerar las posibles soluciones	20 min.
	d. Exposición de Información	20 min.
	e. Toma de decisiones, prescripción de estrategias y planes de acción, y cierre	20 min.
Taller de Autocuidado del Cuidador		
Etapa	Actividades	Duración
II.B	a. Recepción inicial	5 min
	b. Exposición de información general de autocuidado	25 min
	c. Estrategia de respiración	15 min
	d. Estrategia de estiramiento	15 min
	e. Comunicación	15 min
	f. Testimonio y cierre	10 min

MÓDULO 3: SEGUIMIENTO		
Etapa	Actividades	Duración
III	a. Completar <i>Formulario para el control del tratamiento</i>	5 min.
	b. Resolución preguntas y problemas del taller	15 min.
	c. Discusión de problemas evaluación inicial	15 min.
	d. Entrega de <i>Formulario para el control del tratamiento</i>	5 min.
	e. Sugerencias y cierre	5 min.

MÓDULO 4: EVALUACIÓN DE CORTO A LARGO PLAZO		
Etapa	Actividades	Duración
IV	a. Procesos de evaluación de reingreso y estancia media.	10 min.

Procesos de evaluación del proyecto

El programa del cuidador del adulto mayor del hospital se extenderá por tres meses. Durante el primer mes del estudio, los encargados y profesionales, se reunirán 3 veces para refinar la intervención, desarrollar e implementar las medidas que hayan sido modificadas. El reclutamiento durará hasta el tercer mes (semana 12), y la intervención con los usuarios finalizará, al momento en que cada participante haya completado todas las fases de ésta. Los procesos de evaluación a corto plazo comenzaran a partir de la semana 6, desde el inicio de la intervención. Esta fecha se basa, en el hecho de que habrán transcurrido aproximadamente 30 días, desde que los primeros participantes hayan completado la intervención (en la semana 2). En segunda instancia, se evaluarán los resultados a largo plazo, en las fechas desde los 3 y 6 meses (semana 28 y 40) tras el último período de reclutamiento. Finalmente, los análisis estadísticos de los efectos de la intervención se empezarán a realizar a partir del mes número 11 (semana 41).

[illegible]

Instrucciones de Aplicación

MÓDULO 1: EVALUACIÓN DE NECESIDADES DEL CUIDADOR INFORMAL

MÓDULO 1: EVALUACIÓN INICIAL CUIDADOR		
Etapas	Actividades	Duración
I	a. Conociendo a los cuidadores	5 min.
	b. Comunicación descripción del programa completo de intervención y evaluación inicial	35 min.

Actividad A: Conociendo a los cuidadores

Materiales

- Registro Contacto Inicial
- Lápices

 Procedimiento	 Tiempo: 5 min.
Primera Parte: Contacto inicial. • Acérquese a los familiares o cuidadores que acompañen a las personas mayores que son hospitalizadas en servicio de medicina. • Diga: “Bienvenidos al programa del adulto mayor del Servicio de Medicina del hospital. Mi nombre es _____ (nombre de profesional) y soy _____ (profesión o cargo del encargado) del hospital. Les quería informar que dentro del proceso de tratamiento que tenemos en la unidad, es requisito que los cuidadores principales, que pueden ser familiares o una persona que asista al paciente a diario, debe participar de algunas actividades que son requisito para dar el alta médica de _____ (nombre usuario). Tenemos una gran cantidad de información para compartir con usted que creemos que le será de utilidad. Por lo mismo,	

necesito que acordemos una fecha lo antes posible para poder reunirnos y explicarle todo con más detalle”.

- Acordar una fecha con el cuidador responsable utilizando material titulado **“Registro Contacto Inicial”**.
- Intente que el cuidador también registre la hora y fecha acordadas en material ad hoc*.

 NOTA

- En caso de que logre percibir algún problema de analfabetismo o dificultad evidente para comprender los contenidos del taller, intente identificar a otro miembro de la familia con un nivel de alfabetización más alto. Incluya a este miembro de la familia en la evaluación inicial y los talleres. **Puede preguntar: ¿Además de usted, quien más estará a cargo del paciente?**

Actividad B: Comunicación del programa de intervención y evaluación inicial

Justificación: La evaluación de necesidades del cuidador principal o informal es necesaria para centrar el contenido de los talleres en relación con la realidad de sus participantes, y poder capacitarlos en los conocimientos y habilidades que requieren. Sugerimos que los encargados realicen tres tipos de evaluaciones específicas incluidas en la Estrategia de Resolución de Problemas para (a) ayudar a determinar si la Estrategia de Resolución de Problemas sería una intervención útil para un individuo determinado, (b) obtener una imagen detallada de las habilidades y creencias generales y específicas de resolución de problemas de una persona para determinar sus fortalezas y debilidades, y (c) evaluar los cambios en las habilidades de resolución de problemas.

Desde el enfoque de cambio conductual en el que se basa esta intervención, se privilegia la experiencia del usuario y el cuidador entorno a la enfermedad. **Por tanto, se debe**

intentar tener la mayor cantidad de información para asegurar el éxito del procedimiento. Intente preguntar y tomar notas de todo lo que le diga el cuidador, con la intención de poder centrar la intervención en sus necesidades.

Explicación: Esta parte de la intervención fue pensada para ser realizada en un lugar preparado para tomar notas, completar “Cuestionarios”, la “Pauta de evaluación de necesidades” y por, sobre todo, establecer una alianza de trabajo con los cuidadores. Debe ser un ambiente tranquilo y con poco ruido, ya que es necesario que tanto el usuario como el profesional puedan compartir información sin ningún tipo de interrupción. Se recomienda que puedan ser en las oficinas de las asistentes sociales, u otros espacios que le permitan completar los objetivos de manera adecuada.

Materiales

- Pauta de evaluación de las necesidades
- Cuadernillo del cuidador

 Procedimiento	 Tiempo: 35 min.
• Reunirse con los cuidadores en la fecha acordada y lugar de acorde para poder completar el material llamado <i>“Pauta de evaluación de las necesidades del cuidador informal”</i> • Diga: “Bienvenidos nuevamente, mi nombre es _____ (nombre del encargado). Como le había comentado antes, nuestro programa del adulto mayor considera algunas actividades dirigidas a sus cuidadores. Ellos son indispensables para poder dar el alta médica de _____ (nombre del paciente). Para esto, usted/es debe asistir a 2 tipos de talleres al menos 1 vez a cada uno, mientras que _____ (nombre de usuario/enfermo), se encuentre hospitalizado. El primero se dirige a los problemas específicos que puede tener con _____ (nombre de usuario/enfermo), y el segundo está orientado al manejo de su estado de ánimo y emociones. No vamos a hablar de estos en detalle hoy, porque no	

quiero abrumarle con tanta información. Sin embargo, vamos a empezar a sentar las bases hoy. Y para eso, lo primero que vamos a hacer es que me ayude a contestar algunas preguntas. La información que me proporcione será muy útil a medida que tratemos de encontrar maneras de apoyarlo/s a usted/es los cuidadores. Necesitaré una hora de su tiempo hoy. Como antes, toda la información que me proporcione será resguardada y protegida, y si se siente incómodo con una pregunta, puede negarse a responderla. También puede detener la entrevista en cualquier momento, pero recuerde que cuanta más información nos pueda dar, más podremos aprender a ayudar a los cuidadores del hospital. La mayoría de las preguntas no tienen respuestas correctas o incorrectas”.

- Complete el material llamado **“Pauta de evaluación de las necesidades del Cuidador Informal”** junto con el cuidador.
- Una vez completada la **“Pauta de evaluación de las necesidades del cuidador informal”**, se puede proseguir con los cuestionarios (en Materiales, sección Cuestionarios). Para eso, puede hacerlo en conjunto con el cuidador principal, o entregárselos para que los complete individualmente o en otro momento. Si se utiliza la segunda alternativa, señalarle al cuidador que debe devolverlos al inicio del primer taller al que asista, o dejarlos con algunos de los responsables de la intervención lo antes posible.
- Finalmente, se le da al cuidador el **“Cuadernillo del cuidador”**.
- Diga: **“Ahora le tengo que hablar acerca del cuadernillo del cuidador. Cada parte de nuestro programa se complementa con el cuadernillo, que, además, contiene mucha información útil para los cuidadores. Por ejemplo, número de servicios disponibles para el adulto mayor, como otros detalles del cuidado. Es suyo, consérvendolo incluso después del alta médica. Es muy importante que lo traiga a todas las sesiones del taller. NO OLVIDE TRAERLO AL TALLER.”**.

- Intente ser receptivo a todas las preguntas que tengan los cuidadores y recalcar el sentido de responsabilidad con la asistencia a los talleres. Recordar y destacar la importancia de la participación de los cuidadores para poder dar el alta médica al paciente.
- **RECUERDE QUE LO FUNDAMENTAL DE ESTA FASE ES QUE INTENTE RECABAR LA MAYOR INFORMACIÓN DEL USUARIO Y EL CUIDADOR. TOME NOTAS DE TODA LA INFORMACIÓN ADICIONAL QUE CONSIGA.**
- Es necesario que el cuidador asista al menos 1 vez a ambos talleres.
- Es preciso que los cuidadores completen todos los cuestionarios de una sola vez (máximo de 48 desde entregado los cuestionarios a los cuidadores, y separados por un período de tiempo corto, máximo 1 hora).
- **En caso de que logre percibir algún problema de analfabetismo o dificultad evidente para comprender los contenidos del taller, intente identificar a otro miembro de la familia con un nivel de alfabetización más alto. Incluya a este miembro de la familia en los talleres.**

MÓDULO 2: TALLER DEL CUIDADOR

Taller de Cuidados Médicos

MÓDULO 2: TALLER PARA EL CUIDADOR		
Taller de Cuidados Médicos		
Etapa	Actividades	Duración
II.A	a. Recepción Inicial. Presentaciones	20 min.
	b. Inicio de terapia de resolución de problemas, grupo de discusión y lluvia de ideas. • <i>Opción 1</i> • <i>Opción 2</i>	20 min.
	c. Enumerar las posibles soluciones	20 min.
	d. Exposición de Información.	20 min.

	e. Toma de decisiones, prescripción de estrategias y planes de acción, y cierre.	20 min.
--	--	---------

Justificación: Desde la publicación inicial del modelo de capacitación D'Zurilla y Goldfried (1971), los investigadores clínicos han aplicado y evaluado la Terapia de Resolución de Problemas, como una estrategia de intervención singular o como parte de un paquete de tratamiento más amplio, con respecto a una amplia variedad de poblaciones, pacientes adultos y diversos tipos de problemas. La terapia de resolución de problemas busca obtener una imagen detallada de las habilidades generales y específicas de una persona. Con esta se pretende facilitar a los pacientes a que logren tomar sus propias decisiones, y resolver autónomamente, los posibles problemas y contingencias a los que se ven enfrentados día a día (como el cuidado de un adulto mayor). Con este tipo de terapia, los profesionales y los cuidadores, podrán tener una imagen detallada de todos los factores, tareas y objetivos que se establecen en la actividad de cuidado de un adulto mayor, y saber que hacer frente a cada uno de estos. Además, con este tipo de intervención, se busca establecer las posibles fortalezas/debilidades del paciente y del cuidador, y también, evaluar los cambios en las habilidades para conseguir las metas establecidas de manera previa.

Explicación: Se busca en esta actividad:

- Discutir los problemas específicos.
- Usar palabras reales y observables para describir el problema.
- Establecer metas de cuidado.
- Señalar posibles vías de acción frente a un problema concreto.
- Evaluar posibles soluciones.
- Que el cuidador practique las soluciones en su hogar.
- Definir plan de acción y evaluación de las medidas implementadas.

Actividad A: Recepción inicial

Materiales

- Lista de asistencia: Taller Cuidados Médicos
- Plumones, pizarra y/o Power Point
- Computador y proyector
- Lápices para los asistentes

Procedimiento

 Tiempo: 20 min.

- Antes del inicio indique a los participantes que deben poner sus datos en la “***Lista de asistencia: Taller Cuidados Médicos***” para constatar su participación.
- Tras empezar, diga: “**Bienvenidos todos a este grupo de trabajo. Mi nombre es _____ (nombre encargado) y trabajare con ustedes durante esta sesión. Hoy también nos acompaña _____ (uno o varios encargados más) que nos ayudara/n a realizar el taller.**

Estamos muy contenta/os de tenerlos a todos en este grupo y espero que tengamos muy buenas discusiones sobre los temas relacionados con ser o convertirse, en el cuidador de una persona mayor. Los grupos de trabajo son una oportunidad bastante buena de conocer e interactuar con otros cuidadores que comparten su misma situación o inquietudes. Además, los grupos les proporcionan a los cuidadores la oportunidad de intercambiar, discutir posibles soluciones a los problemas y ofrecer aliento y apoyo a los demás”.

Para establecer las reglas del grupo, diga:

“También me gustaría aprovechar esta oportunidad para repasar algunas reglas grupales básicas

- **Les pedimos por favor, que la información personal compartida en el grupo permanezca confidencial, lo que significa que lo que se discute en el grupo no debe ser compartido fuera del grupo. Por favor, no comparta los nombres de sus compañeros cuidadores con nadie.**
- **Llegar a tiempo al grupo. Si no puede llegar a la hora, intente comunicarse con algunos de los encargados para que también lo sepamos.**
- **Mostrar respeto y cortesía el uno al otro. Es decir, espere a que la otra persona termine de hablar antes de compartir, intenten expresar su pensamiento sin herir o imponer a los demás, y valore las opiniones de todos, etc.**

Nosotros sabemos que las tareas y cargas asociadas con el cuidado son típicamente numerosas y variadas y a menudo cambian a lo largo del curso de la enfermedad. Frecuentemente se habla que los cuidadores sufren de desatención a su salud, se olvidan de su proyecto de vida, ven alteradas las dinámicas familiares y existe frustración y ansiedad por no sentirse competente para entregar el cuidado requerido. La carga de cuidado que habitualmente sobrellevan los cuidadores principales es de alta intensidad, especialmente, aquellos que cuidan a personas con alguna enfermedad.

Hay muchos desafíos en el cuidado, y que estos desafíos son diferentes para la situación de cada persona. Por todas estas razones, comenzamos esta sesión intentando ver sus preocupaciones individuales en torno a lo que ha sido o va a ser el cuidado. Por ejemplo, algunos cuidadores se angustian cuando su pariente hace la misma pregunta una y otra vez. Ahora hablaremos sobre las situaciones más difíciles o angustiosas que están

enfrentando e intentaremos construir planes y estrategias para abordar cada inquietud”.

Actividad B: Inicio de terapia de resolución de problemas, grupo de discusión y lluvia de ideas

Justificación: El objetivo de este componente de intervención es que el profesional y el cuidador participen en la resolución conjunta de problemas con el objetivo de crear un plan de acción conductual, dirigida a un problema específico de cuidado. El profesional es el "administrador" de estas interacciones terapéuticas y debe poseer excelentes habilidades en el enfoque de resolución problemas. La resolución de problemas requiere que el profesional siga un proceso paso a paso cuando trabaje con cuidadores.

El establecimiento de metas proporciona dirección para la generación de posibles soluciones, y también son una expresión concreta y realista de las expectativas del cuidador. Dos tipos de metas son posibles: **centrado en el problema y centrado en las emociones**.

Las metas **centradas en los problemas** se centran en los cambios reales en el problema objetivo. Las metas **centradas en las emociones** están dirigidos al manejo de las emociones o sentimientos del cuidador que están vinculados con el problema. No es inusual que los cambios reales en el comportamiento puedan ser difíciles de lograr. Por lo tanto, cambiar los sentimientos del cuidador sobre el comportamiento sería una meta que podría ser necesaria. Una breve formulación de la meta se coloca en el segundo cuadro en la plantilla “**Define tu problema**” de la “**Pauta de definición del problema**” (Ver en sección *Material General*).

1) Definir el problema y recopilar información:

Explicación: La tarea esencial en este punto del proceso es definir un problema específico bien definido que se describe mediante comportamientos objetivos. El profesional debe decir en palabras:

- a) cuál es el problema específico que se está abordando,
- b) las estrategias que se deben implementar, y
- c) cómo se medirá el éxito (estableciendo metas).

El profesional también debe intentar recopilar la mayor cantidad de información relevante para el problema, el contexto del comportamiento del problema, los sentimientos, y las reacciones del cuidador sobre el comportamiento del problema. Desagregar un problema en pasos puede ayudar y también anticiparse a dificultades para su implementación. Es importante preguntar cómo pueden implementar estas acciones o soluciones.

Definir el problema es un paso importante para determinar las percepciones y sentimientos del cuidador con respecto al problema. Este proceso ayuda a establecer "desde dónde se sitúa el cuidador" y "cuáles son sus sentimientos sobre el comportamiento". Como paso práctico, el profesional comenzará a formular **la definición del problema diciendo en voz alta lo que el cuidador está reportando**. Este paso obligará al profesional a escuchar activamente al cuidador y lo tranquilizará, debido a que el cuidador percibirá que el profesional efectivamente lo está escuchando. El resultado final de este proceso es un problema definido objetivamente que tanto el cuidador como el profesional consideran el foco más adecuado.

Para poder llevar a cabo la etapa de definición de los problemas de los cuidadores que asistan al taller, esta intervención está diseñada de manera que contemple dos maneras de aplicación.

Opción 1: En la primera forma de procedimiento, se utiliza la **“Pauta de evaluación de necesidades del cuidador”**, que es completada en la etapa de

evaluación de necesidades (módulo 1). En esa etapa, se responde la sección titulada “Acerca de cuidar al familiar”, la cual contiene una serie de acciones y habilidades necesarias para otorgar distintitos tipos de cuidado. En esta, los cuidadores se encargan de señalar que tan capaces son ellos mismos de realizar estas habilidades específicas. Para poder definir el problema se utilizan aquellas habilidades que los cuidadores que asistan al taller hayan percibido tener un menor nivel de habilidad para ejecutarlas. A continuación, se especifican todos los pasos para llevar a cabo la opción de procedimiento número 1.

Materiales

- Pauta de evaluación de necesidad del cuidador
- Pauta de definición del problema
- Plumones, pizarra y/o Power Point
- Computador y proyector
- Lápices para los asistentes

 Procedimiento	 Tiempo: 20 min.
"Problemas en el cuidado" (Forma de procedimiento 1) Pasos previos: 1. Tras completar la <i>“Pauta de evaluación de necesidad del cuidador informal”</i> en la actividad A de este módulo, debe escribir/tipiar en material ad hoc*, las habilidades de cuidado necesario (de 4 a 5), que los cuidadores hayan reportado un menor manejo (en base a la sección <i>“Acerca de ayudar a su familiar”</i>, de la <i>“Pauta de evaluación de necesidad del cuidador informal”</i>). El problema se presenta en términos concretos tales como "reducir", "aumentar" y "mejorar" (por ejemplo, reducir la cantidad de accidentes por incontinencia) Durante la sesión:	

2. Indique a los participantes que deben anotar los problemas, en la sección **“Pauta de definición del problema”** que les fue entregada al principio del taller.
3. Proyectar o escribir en lugar visible las necesidades en base a las habilidades de cuidado necesario.
Presentar esto diciendo: **“Bueno, muchos de ustedes quizás hayan tenido algún tipo de experiencia asociada al cuidado de una persona mayor. Sin embargo, muchos otros no han tenido ningún tipo de experiencia. Aquí hemos anotado las inquietudes que ustedes nos han podido comentar durante sus entrevistas anteriores. ¿Qué opinan de estos? ¿Hay alguno de acá, que ustedes crean que sea más difícil de realizar que otro? ¿Por qué?”.**
4. Lea los problemas de comportamiento en voz alta para asegurarse de que usted y el cuidador tengan una comprensión similar acerca del problema **(Debe asegurarse de no emitir un juicio crítico de los problemas).**
Puede preguntar: **“¿Creen ustedes que se expresa correctamente este problema? ¿Falta algún elemento aquí? ¿Les hace ruido algo? ¿Cómo lo dirían/platearían ustedes?”**
5. Una vez de revisar los problemas, puede decir: **“Haber hagamos un alto, para ver si todos entendimos bien este problema, ¿quiere decir esto? ¿Me lo podrían explicar de otra forma?”**
6. Recuerde a las participantes tomar notas en la **“Pauta definición del problema”**, (sección **“Define tu problema”**), escribiendo en esta los problemas finalmente establecidos por el grupo.
7. Revise el problema y defina lo que sería “éxito” para el cuidador el resolver este problema. Este “éxito” es la meta que se debe escribir en la **“Pauta de definición del problema”**, sección **“Define tu problema”**.
Puede decir: **¿y porque motivo quisiéramos resolver este problema? ¿que quisiéramos obtener? ¿Por qué nos ayudaría a cuidar a nuestro familiar o conocido?**

8. Deben ser metas simples para cada problema. Escribir/tipear en un lugar visible para el grupo, las metas asociadas a cada problema que ellos comenten. Intente describir la meta deseada mediante una redacción simple y precisa que sea significativa para el cuidador.

Opción 2: La segunda forma de procedimiento se realiza completamente durante la sesión de taller. En esta, se utiliza el material titulado “**Pauta Definición del problema**”. Se procede de la siguiente manera:

Materiales

- Pauta de definición del problema
- Plumones, pizarra y/o Power Point
- Computador y proyector
- Lápices para los usuarios

 Procedimiento	 Tiempo: 20 min.
"Problemas en el cuidado" (Forma de procedimiento 2) 1. Indique en voz alta a los participantes que intenten tomar notas en la "Pauta de definición del problema". 2. Diga a los participantes: "Bueno, muchos de ustedes quizás hayan tenido algún tipo de experiencia asociada al cuidado de una persona mayor. Sin embargo, otros no han tenido ningún tipo de experiencia. Por lo mismo les quiero preguntar, para que nos vayamos conociendo, ¿qué dificultades han tenido al momento de cuidar a alguien, o que es lo que se imaginan que pueda ser difícil de resolver? ¿O que creen que podría ser dificultoso al momento de cuidar?". 3. Escribir/tipear en un lugar visible para el grupo los problemas que ellos comenten (por el tiempo escriba de 3-4 problemas). Intente describir el	

comportamiento deseado mediante una redacción simple y precisa que sea significativa para el cuidador.

Puede decir: **“Haber hagamos un alto, para saber si todos entendimos bien este problema, ¿quiere decir esto? ¿Me lo podrían explicar de otra forma entonces?”**

4. Lea los problemas de comportamiento en voz alta para asegurarse de que usted y el cuidador tengan una comprensión similar acerca del problema.

Puede preguntar: **¿Creen ustedes que se expresa correctamente este problema? ¿Falta algún elemento aquí? ¿Les hace ruido algo? ¿Cómo lo dirían/platearían ustedes?**

5. Recuerde a las participantes tomar notas en la **“Pauta definición del problema”**, (sección **“Define tu problema”**), escribiendo en esta los problemas finalmente establecidos por el grupo.

6. Revise el problema y defina lo que sería “éxito” para el cuidador el resolver este problema. Este “éxito” es la meta que se debe escribir en la **“Pauta de definición del problema”**, sección **“Define tu problema”**.

Puede decir: **¿y porque motivo quisiéramos resolver este problema? ¿que quisiéramos obtener? ¿Por qué nos ayudaría a cuidar a nuestro familiar o conocido?**

7. Deben ser metas simples para cada problema. Escribir/tipear en un lugar visible para el grupo, las metas asociadas a cada problema que ellos comenten. Intente describir la meta deseada mediante una redacción simple y precisa que sea significativa para el cuidador.

NOTA

- El problema de cuidado objetivo se presenta en términos concretos. Son definidos por los cuidadores y se presenta en términos generales como "reducir", "aumentar" y "mejorar" (por ejemplo, reducir la carga de los accidentes de vejiga).

- Presentar el problema en términos concretos ayuda al profesional y a cuidadora ver el problema de la misma manera.
- Típicamente, el problema se enmarca como un comportamiento del enfermo. Sin embargo, algunos problemas conductuales también pueden ser del cuidador (obtener apoyo social, por ejemplo).
- Los siguientes pasos suponen que el problema de cuidado se ha nombrado y definido adecuadamente y que el profesional ha recopilado información relevante utilizando las técnicas de resolución de problemas (por ejemplo, los recogidos en la “**Pauta de evaluación de necesidades del cuidador informal**” o con la “**Pauta de definición del problema**”) (ver opción 1 y 2 de esta sección).

Actividad C: Enumerar las posibles soluciones

Explicación: Este paso también se ha llamado "Brainstorming" (lluvia de ideas), porque el objetivo es generar tantas soluciones como sea posible, independientemente de su aparente viabilidad. A veces, una solución generada por el profesional o el cuidador que inicialmente parece "extravagante", puede ser en realidad una solución eficaz y "factible". Esta es también una oportunidad para demostrar el conocimiento que la intervención puede aportar al tema. Utilice este tiempo para proporcionar declaraciones alentadoras, así como estrategias. Al proporcionar estrategias para el cuidado durante este tiempo, usted alentará su credibilidad con el cuidador. Permite también identificar necesidades particulares de entrenamiento y/o capacitación para los cuidadores que pueden servir de insumo para futuros talleres.

El profesional y el cuidador trabajarán juntos para generar una lista de todas las posibles soluciones o decisiones que podrían tomarse en respuesta al problema. Debe elogiar cualquier respuesta en esta etapa y ayudar proporcionando posibles soluciones. Esto simplemente significa que el profesional y el cuidador tienen el desafío de generar y registrar tantas soluciones como sea posible sin juzgar la viabilidad o aceptabilidad de

la solución. La idea, es generar tantas soluciones posibles con la esperanza de que una o una combinación de soluciones sea implementada por el cuidador y resulte en la gestión del problema.

Finalmente, se debe tener cuenta que de todas las soluciones que se generen en esta parte, solo algunas son totalmente aplicables. Para saber cuáles son las más adecuadas, se debe poner mucha atención en la información que los profesionales expondrán en la siguiente sección del taller.

Materiales

- Pauta de definición del problema

 Procedimiento	 Tiempo: 20 min.
1. Decir al grupo “Ahora intentaremos dar posibles soluciones a todos los problemas que hemos acordado haciendo una lluvia de ideas. Pueden decir todas las soluciones o estrategias que se les ocurran, aunque parezcan difíciles de poder realizar. Cuando una idea llega a uno de nosotros, simplemente la diremos y lo escribiré. Ninguna respuesta debe ser discutida o criticada hasta más tarde. Estas no las deben anotar aún, luego veremos cuales son más útiles y efectivas. Vamos a dedicar 5 minutos a esta actividad, comencemos”. 2. Anotar/tipiar de manera visible para todos los participantes las posibles soluciones generadas (entre 2-3 estrategias para cada problema, pueden añadirse más en la medida que avanza la sesión). Indique la estrategia en palabras directas y fáciles de entender y comience con una palabra de acción (por ejemplo, Eliminar, Usar, Decir, etc.).	

3. Cuando sea necesario, impida que el cuidador critique o niegue las soluciones.

4. Enumerar soluciones. Las **estrategias que son fáciles de implementar** para el cuidador y parecen tener la **mayor probabilidad de manejar exitosamente** el problema deben **enumerarse primero**.

Para esto diga lo siguiente: **“Intentemos enumerar estas estrategias desde las más fáciles a las más difíciles o ¿Cuáles de estas estrategias les parecen más fáciles de hacer? ¿Cuáles más difíciles?”** luego pregunte **¿Por qué esto es más fácil que esto otro (señale la estrategia 1 y luego el 2 o 5 por ejemplo)?**

Intente identificar si realmente es probable poder realizar la estrategia para la mayor parte del grupo o solo corresponde a una realidad individual y poco frecuente.

Puede hacer preguntas del estilo: **¿Todos piensan que esta es la más fácil de realizar? ¿Hay alguien que encuentre que esta es más fácil que esta otra?** Ya con una nueva respuesta enumere nuevamente, corrigiendo cada número asignado para asegurar que tanto profesionales como cuidadores entienden y comprenden la realidad de la misma forma¹.

5. Diga a los cuidadores: **“Todas estas soluciones las evaluaremos una vez que le demos toda la información que queremos entregarle en este taller”**

6. Una vez completado el paso anterior señale: **“Recuerden anotar estas estrategias en la “Pauta de definición del problema”, en la sección “Soluciones Múltiples”.**

NOTA

- (1) Esta actividad es fundamental por lo que se debe dar énfasis en que las estrategias de solución que dieron los cuidadores y su enumeración

deben considerar el tiempo necesario, e incluso evaluar en extenderlo, para profundizar lo requerido. **No pase al siguiente paso sin tener todas las dudas resueltas.**

- Enumerar soluciones sin juzgar puede ser difícil. Los cuidadores a menudo insertan la declaración "sí, pero..." durante este proceso. Tenga cuidado de que su lenguaje no fomente los comentarios críticos. Por ejemplo, NO use instrucciones como, "¿En qué piensa...", o "¿Crees que XX funcionará?"
- La actividad a menudo avanza lentamente y que puede haber períodos de silencio mientras cada persona está pensando (y que estos períodos de silencio están bien).
- Asegurar una cantidad específica de tiempo en la que el cuidador y el profesional recitarán posibles soluciones (es decir, "vamos a dedicar 5 minutos a esta actividad de lluvia de ideas").

Actividad D: Exposición de información

Justificación: Esta sección se respalda a partir de los contenidos de las entrevistas realizadas a los profesionales y cuidadores de personas mayores que asisten en el Complejo Hospitalario Doctor Sótero del Río. Entre estas las que serán abordadas en este módulo de la intervención son:

- Movilización del adulto mayor.
- Administración de insulina.
- Redes y recursos comunitarios.

Explicación: Ambas sesiones educativas entorno a los temas de movilización y control de síntomas de la diabetes, deben ser idealmente llevadas por profesionales o técnicos con experiencia o conocimiento acerca de los temas tratados. Si bien, se **prefiere que el profesional utilice su propio material para exponer**, suponiendo que así sientan un

mayor dominio y manejo de la presentación, la intervención debe contener algunos **puntos mínimos**, como también un **procedimiento específico**.

Dependiendo de la forma que el profesional haya procedido en la etapa de definición de problemas (forma 1 o 2), algunos de los contenidos y las necesidades podrían ser respondidas en la sesión. Esto último se debe a que por ejemplo en la forma 1 de procedimiento de definición del problema, se conocen previamente al inicio de la sesión las necesidades, lo que le otorga tiempo a los implementadores para modificar su presentación.

 Procedimiento	 Tiempo: 20 min.
1. Una vez finalizado el ejercicio anterior, las posibles soluciones de los cuidadores deben permanecer escritas/tipiadas. 2. Proyectar o mostrar material preparado para la sesión de “Movilización” (se sugiere a los implementadores partir con este tema debido a la atención y relevancia que puedan prestar los cuidadores). 3. Proyectar o mostrar material preparado para la sesión de “Administración de insulina” 4. Proyectar o mostrar material preparado para la sesión de “Recursos comunitarios” 5. Proyectar o mostrar material preparado para la sesión de “Enfoque de resolución de problemas¹ y A-B-C” 6. Al terminar de revisar los elementos que conforman los temas básicos de la intervención, el implementador debe decir “Ahora que ya hemos visto cómo resolver algunos de los problemas, y que procesos las soluciones que ustedes dieron al principio”	
 NOTA	

- (1) Para la explicación del modelo de resolución del problema se puede mostrar material en la plataforma YouTube, le sugerimos el siguiente [enlace](#) del video titulado “**Aprende a tomar decisiones en 6 pasos**”



- En la sección “**Material General**” puede encontrar “**Sugerencias y contenidos para uso y/o preparación del material para los talleres**” que puede utilizar para presentar o preparar su propio material.

Actividad E: Toma de decisiones, consolidación de estrategias y planes de acción

Justificación: El problema puede desencadenarse por un evento o situación específica, pero la forma en que el cuidador u otros miembros de la familia responden al problema (las consecuencias) podría empeorar o mejorar el problema. La respuesta del cuidador puede tomar múltiples formas. Los cuidadores pueden tener respuestas, cognitivas y afectivas al problema. Una respuesta conductual se define por las acciones que el cuidador toma. Por ejemplo, si el abuso verbal es el problema objetivo, la consecuencia puede ser que el cuidador está discutiendo con el enfermo. El enfoque terapéutico puede tener menos que ver con cambiar el sentido de la discusión, y se enfoca más en ayudar al cuidador a responder de una manera distinta cuando el enfermo empieza a discutir. Esto en realidad no es tan fácil como suena y requiere un seguimiento cercano del problema, proporcionando retroalimentación y afinando la prescripción con el tiempo. La mayoría de las veces el cuidador aceptará el problema de comportamiento objetivo. Sin embargo, de vez en cuando un cuidador puede olvidar lo que se discutió en la sesión

anterior o ya no estar de acuerdo con el problema de comportamiento objetivo. En esta situación, discuta con los cuidadores el objetivo del comportamiento, e intente traerlo de vuelta al problema de comportamiento acordado.

Hay eventos en el entorno que a menudo desencadenan el problema. Estos desencadenadores se denominan "antecedentes" porque se producen antes de que se produzca el problema y que pueden identificarse. A menudo hay cosas que el cuidador u otras personas en la configuración hacen para desencadenar un problema de comportamiento del enfermo; sin embargo, el gatillante puede ser algo así como la temperatura ambiente (demasiado caliente o fría) o incluso algo interno del enfermo, como el dolor. Por ejemplo: ¿El problema ocurre solo en ciertos momentos (relacionado con el hambre)? ¿Sólo con ciertas personas (los nietos podrían estar sobre estimulando al adulto mayor)? ¿Podría el problema estar relacionado con la forma en que el cuidador interactúa con el enfermo? Por esa razón la descripción de la situación, incluyendo lo que pasó antes y después es muy relevante.

Explicación: Una vez completada la actividad de lluvia de ideas de posibles soluciones y la presentación de los contenidos, la(s) solución(s) a intentar será negociada por el profesional y el cuidador (utilizando la información obtenida durante el proceso ABC). El profesional debe permitir que el cuidador exprese si las soluciones son "**inaceptables**" debido a los fuertes sentimientos que tienen sobre la naturaleza de la solución (es decir, el cuidador y el profesional pueden descartar ciertas soluciones que se enumeran). Pero **NO permita a los cuidadores la oportunidad de descartar las estrategias que "piensen que no funcionarán", o que "lo han intentado"**. A menudo es necesario alentar a los cuidadores a probar estrategias en las que no creen, y/o estrategias que hayan implementado ineficazmente en el pasado. **SOLO descarte las estrategias que el cuidador se niegue a considerar**. Básicamente, la lista de soluciones se limitará a estrategias con mayor probabilidad de implementación y utilidad. Tras finalizar la intervención, **debe motivar a los cuidadores a utilizar la pauta de manera frecuente durante el período de cuidado**.

Materiales

- Pauta de definición del problema

Procedimiento

 Tiempo: 20 min.

1. Revisión verbal de las estrategias

- Revisar cada estrategia **en orden**, y su justificación.
- Evaluar la comprensión de los cuidadores de la estrategia y su fundamento, así como su aceptación de la estrategia.

2. Solicitar comentarios del cuidador

- Utilice preguntas abiertas para evaluar la aceptación y satisfacción del cuidador con las estrategias. Por ejemplo, "Díganme cuándo usarán esta estrategia". "¿Qué les impedirá usar esta nueva habilidad?" "¿Cuáles son los beneficios potenciales del uso de estas técnicas?", etc.
- **Evite preguntas con respuestas sí/no** (por ejemplo, "¿Les gusta esta idea?").

3. Negociar con el cuidador

- **Intente obtener del cuidador que pruebe cada estrategia durante al menos una semana.**
- Si el cuidador se niega, no se ponga a la defensiva. Pídele que lo pruebe durante una semana. Intente la siguiente declaración: **"Puedo entender que no quieran usar esta técnica. Debido a que hemos visto este trabajo con tanta gente, quiero pedirle que lo pruebe por primera vez XX veces antes de intentar de otra forma".**
- Después de seguir discutiendo con los cuidadores durante la sesión, usted puede determinar que estrategias son inapropiadas. Intente que la estrategia sea modificada o eliminada, y concéntrese en que los cuidadores tengan claro los cambios para sus futuros planes de acción.

- Finalmente, señalar a los participantes que para muchos de los cuidados necesitarán materiales adicionales. Indíqueles que dentro del cuadernillo podrán encontrar herramientas que los apoyen.

Diga: **“Entre los materiales que le hemos entregado, ustedes tienen ciertas herramientas que le facilitaran su tarea. Por ejemplo, tienen listas de chequeo, para tener todos los materiales antes de realizar algún procedimiento médico, como la inyección de la insulina, por ejemplo”.**

Materiales que necesito para: <i>Inyección de diabetes (por ejemplo)</i>	¿Lo tengo a mano?
frasco de insulina	✓
jeringa,	✓
gasa con alcohol	✓
recipiente para colocar la jeringa usada.	

- Finalice la sesión dando las gracias por su asistencia.

NOTA

- Recuerde al cuidador que las estrategias de intervención enumeradas requieren un nuevo aprendizaje y una práctica frecuente. Las estrategias conductuales pueden tomar de 2 a 3 semanas para comenzar a mostrar un efecto positivo.
- Explique lo que el programa NO es ("No te pediré que pruebes nuevos medicamentos o salgas y compres muchas cosas") y lo que SÍ es ("te hablaré más sobre cosas como comunicarte mejor con él enfermo y hacer cambios en tu espacio vital para facilitar el cuidado").

- Anime a los cuidadores a estar abiertos a nuevas ideas/estrategias.
- Reitere que hacemos las cosas de esta manera porque hemos trabajado con muchos cuidadores a lo largo de los años y hemos encontrado estas estrategias para trabajar más a menudo.
- Hay que reiterar que el hecho de que los cambios pueden sentirse incómodos en un comienzo, debido a la larga historia de interacción entre el cuidador/ usuario. Con la práctica, sin embargo, usar estas estrategias será más fácil. Cuanto más consistente es el cuidador en aplicar las estrategias, más probable es que las indicaciones funcionen y, por tanto, más rápido se encontrará un efecto positivo.
- No es inusual encontrar un empeoramiento temporal de un problema en un comienzo. Es importante entonces, que el cuidador esté preparado para esto y siga con la estrategia por un tiempo más.
- En caso de que se requieran soluciones centradas en la emoción (problemas que parezcan incontrolable, generen mucha ansiedad, o parezcan muy demandantes para los cuidadores), se debe sugerir a los familiares que asistan lo antes posible al “Taller autocuidado del cuidador informal”, en el que se enseñan habilidades y estrategias especialmente diseñadas para estas situaciones.

Directrices relevantes para la redacción y el formato de planes de acción conductuales.

La redacción y el contenido de las estrategias son igualmente importantes.

Los profesionales deben considerar cada uno de los siguientes puntos:

- Considere el nivel de alfabetización de los cuidadores.
- Sea consciente de los antecedentes educativos de los cuidadores.

Si el cuidador demuestra una alfabetización baja, tenga en cuenta lo siguiente:

- Limite las estrategias de a un TOTAL de 2 o 3 por cada problema.
- Simplifique el lenguaje cuando sea apropiado (por ejemplo, use menos palabras).
- Utilice imágenes y símbolos para describir estrategias
- Llevar a cabo múltiples presentaciones verbales de las estrategias.
- Proporcione al cuidador un recordatorio del plan de acción.

Sea consciente de los problemas de visión del cuidador.

- Aumente el tamaño de fuente de la escritura.
- Disminuir el número de palabras utilizadas en la prescripción.
- Utilice el menor número posible de palabras escritas para describir estrategias.
- Utilice imágenes y símbolos para describir estrategias.
- Llevar a cabo múltiples presentaciones verbales de las estrategias.
- Proporcione al cuidador un recordatorio del plan de acción.

Al trabajar con un cuidador gravemente deprimido y/o agobiado.

- Puede ser necesario limitar las recetas a 1 o 2 estrategias.
- Concéntrese en estrategias que sean fáciles de implementar y que tengan una probabilidad muy alta de proporcionar ayuda inmediata.

- El profesional puede necesitar ayudar al cuidador a obtener los materiales necesarios para implementar las estrategias.

Taller de Autocuidado del Cuidador

Taller de Autocuidado del Cuidador		
Etapa	Actividades	Duración
II.B	a. Recepción inicial	5 min
	b. Exposición de información general de autocuidado	25 min
	c. Estrategia de respiración	15 min
	d. Estrategia de estiramiento	15 min
	e. Comunicación	15 min
	f. Testimonio y cierre	10 min

Justificación: Las tareas y cargas asociadas con el cuidado son típicamente numerosas y variadas y a menudo cambian a lo largo del curso de la enfermedad. Dadas estas responsabilidades a menudo abrumadoras, el cuidado para los miembros de la familia con se asocia con el aumento de los niveles de depresión, ansiedad y enojo, así como un mayor uso de medicamentos psicotrópicos, salud física más pobre, y la función inmune comprometida. Por lo tanto, los componentes del bienestar del cuidador están diseñados en respuesta al aumento de los problemas de salud mental y física asociados con las cargas y factores de estrés del cuidado familiar.

Los componentes de bienestar emocional de la intervención se derivan principalmente del Modelo de Estrés y Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984). En síntesis, los modelos de estrés y afrontamiento proponen que la forma en que las personas evalúan y manejan el estrés depende como este es percibido y evaluado, y determina el nivel de angustia que experimentarán. Estos son modelos generales que se pueden aplicar a muchas situaciones específicas, y ayudan a reconocer que la observación común de que los factores de estrés "objetivos" (como la muerte del cónyuge) conducen a niveles diferentes de intensidad en términos de respuesta. Los modelos de estrés y afrontamiento incorporan aspectos cognitivos y conductuales (en términos de evaluación y respuesta); sin embargo, estos están más desarrollados en las

teorías de Beck, Lewinsohn, Novaco, et al., que también aplican sus conceptos más específicamente a las personas con angustia afectiva.

Este taller no reemplaza la atención psicológica y/o de psiquiatría que cada cuidador puede estar recibiendo, pero permite manejar mejor la ansiedad y el estrés asociado con el cuidado y sus demandas.

 NOTA

- Este taller no reemplaza la atención psicológica y/o de psiquiatría que cada cuidador puede estar recibiendo, pero permite manejar mejor la ansiedad y el estrés asociado con el cuidado y sus demandas.

Explicación: Los módulos de bienestar emocional del cuidador están diseñados para enseñar un número limitado de habilidades para manejar el estado de ánimo y el enfrentamiento del cuidador frente al cuidado. Esta educación y capacitación se maneja a través de dos enfoques generales: 1) un énfasis en la reducción del efecto negativo (frustración/enojo y tristeza/depresión) aprendiendo a relajarse en la situación estresante, aprendiendo a valorar el comportamiento del cuidador de manera más realista, aprendiendo a identificar y desafiar el pensamiento negativo, y aprendiendo a ser apropiadamente asertivo; y, 2) un énfasis en el aumento del estado de ánimo positivo a través de la adquisición de habilidades tales como ver la contingencia entre el estado de ánimo, el desarrollo de estrategias para realizar actividades cortas y agradables todos los días.

Actividad A: Recepción inicial

Materiales

- Registro de participación Taller Autocuidado del Cuidador
- Plumones, pizarra y/o Power Point

- Computador y proyector
- Lápices para los usuarios

Procedimiento

 Tiempo: 5 min.

Presente al grupo: **“Bienvenidos todos. Mi nombre es _____ y trabajaré con ustedes durante esta sesión. Hoy en día también nos acompaña _____ (uno o varios) que también nos ayudara/n a realizar el taller.**

Estamos muy contenta/os de tener a todos ustedes en este grupo y espero que tengamos muy buenas discusiones sobre temas relacionados con el cuidado. Los grupos de trabajo son una oportunidad bastante buena de conocer e interactuar con otros cuidadores que comparten su misma situación e inquietudes. Proporcionan a los cuidadores la oportunidad de intercambiar y ofrecer aliento y apoyo a los demás.

Reglas del grupo. También me gustaría aprovechar esta oportunidad para repasar algunas reglas grupales básicas

- **Les pedimos por favor, que la información personal compartida en el grupo permanezca confidencial, lo que significa que lo que se discute aquí, no debe ser compartido afuera. Por favor, no comparta los nombres de sus compañeros con nadie.**
- **Llegar a tiempo al grupo. Si no puede comenzar a tiempo, envíeme un mensaje utilizando la Red de Cuidadores y hágamelo saber cuándo tratar de incluirlo en el grupo.**
- **Mostrar respeto y cortesía el uno al otro. Es decir, espera a que la otra persona termine de hablar antes de compartir, intenten expresar su pensamiento sin herir o imponer a los demás, y valora las opiniones de todos, etc.”**

Actividad B: Exposición de información general de autocuidado

Procedimiento

 Tiempo: 25 min.

Posibles efectos físicos del estrés

Presentar: **“El estrés es algo que todos experimentamos, es una reacción normal que el cuerpo tiene, ante eventos en los que necesitamos estar alerta. Por lo mismo, lo podemos sentir en el cuerpo. En general, cuando ustedes sienten este estrés, ¿en qué parte del cuerpo lo sienten?”**

Motive a las personas a que participen y escriba en la pizarra o en material ad hoc, las reacciones de estrés que reporten los cuidadores.

Tras terminar con el ejercicio anterior, continúe: **Cuando una persona está bajo estrés, y un estresor continúa durante mucho tiempo, puede tener graves consecuencia en la capacidad del cuerpo para funcionar y puede conducir a muchos problemas de salud. Dado que el cuidado puede ser un factor estresante a largo plazo, los cuidadores pueden estar en riesgo de padecer afecciones como:**

1. **Presión arterial alta**
2. **Problemas cardíacos**
3. **Mayor susceptibilidad a los resfriados y la gripe”.**

Y el estrés puede tener efectos psicológicos.

Cuando no se trata, el estrés crónico o a largo plazo puede causar problemas como depresión, ansiedad, ira e irritabilidad. Algunas personas sienten que no tienen la energía para hacer tareas rutinarias y desean estar en otro lugar. Otras comienzan a sentirse desesperadas e indefensas, lloran a menudo y notan

cambios en su apetito o patrones de sueño. Pueden sentirse agotados y vacíos. En resumen, el estrés puede alejarse de la calidad de vida, al reducir la capacidad de una persona para experimentar placer y una sensación de logro”.

Posibles efectos sociales del estrés

Presentar: “Las amistades y relaciones del cuidador a menudo sufren debido a los desafíos del cuidado. Formar y mantener el apoyo social puede aliviar el estrés al dar a los cuidadores la oportunidad de discutir sus pensamientos y sentimientos. Es común que los cuidadores sientan que nadie entiende por lo que están pasando. Sin embargo, cuidar a alguien no tiene que ser una experiencia solitaria. A medida que los comportamientos y las necesidades de cuidado cambien, hágaselo saber a los amigos y familiares cuándo necesita ayuda, o incluso simplemente un descanso. Cuidar a un ser querido es un trabajo demasiado grande para una sola persona. Hay muchos grupos de apoyo locales que pueden darte la oportunidad de conocer a otras personas que tienen experiencias similares. Algunos dirán que no tienes tiempo para este tipo de cosas, pero es importante para tu salud y bienestar que se hagan el tiempo. El estrés del cuidador puede provocar enfermedades o agotamiento si no tomas medidas para prevenirlo”.

Pasos que puede tomar:

Decir: “Dese permiso para tomar descansos, incluso por sólo 15 minutos. Cuidarse a sí mismo ayuda a reducir el estrés y lo mantiene a usted más saludable”.

Pregunte a los participantes: “¿Ustedes tienen alguna actividad que le gusta hacer o los distraiga durante el día? ¿Qué tan difícil tener tiempo para ustedes mismos durante la semana? ¿Hay algún familiar o conocido que pueda quedarse a cargo del cuidado del paciente mientras usted intenta hacer otras cosas? (El encargado debe tomar notas de todo lo conversado en la sesión en material ad hoc. Recuerde que en la etapa final de la intervención debe poder

responder a todas las inquietudes que los cuidadores tengan en los talleres, y debe estar preparado para poder responderlas)

Luego de la conversación puede repasar cada uno de estos puntos:

Diga: **“Estas son actividades y sugerencia que nosotros les queremos dar, porque le han sido beneficiosas a los cuidadores de otras partes del mundo”**

- Intente dar un paseo o hacer otras actividades físicas.
- Tome un tiempo para pasar con amigos y familiares con los que disfruta.
- Llame a amigos, vecinos o familiares por teléfono para mantenerse en contacto con los demás.
- ¡Todavía es importante reírse! Recuerde y use su sentido del humor. Escuche cintas, discos, televisión o personas que le ayuden a reír.
- Hable con un amigo u obtenga asesoramiento profesional si es necesario.
- Aprenda y practique técnicas de relajación.

Diga: **“Intente resolver los problemas en la medida que surjan, en lugar de evitarlos. Pida ayuda o deje que otros le ayuden”.**

Puede repasar cada uno de estos puntos:

- Establecer prioridades y organizar el tiempo de manera más efectiva. Pida ayuda o deja que otros te ayuden.
- Deje de concentrarse tanto en pensamientos o actitudes negativas, y aprenda formas más saludables de pensar en sí mismo y en su situación.

Diga: **“Use su tiempo para cuidar su propia salud”.**

- Mantenga su propio horario para asistir al médico, dentista u otras citas profesionales de atención de salud.
- Tome sus medicamentos recetados.
- Trate de dormir y descansar lo suficiente. Hable con un profesional de la salud y otros cuidadores acerca de maneras de descansar lo suficiente.
- Evite fumar o depender del alcohol o las drogas para sentirse mejor”.

Actividad C: Estrategia de respiración

Procedimiento

 Tiempo: 15 min.

Estrategias breves de relajación para los cuidadores: La respiración

Presentar: **“Los cuidadores a veces se enfrentan a situaciones que pueden provocar frustración o estrés. La frustración y estrés pueden potencialmente conducir a la reducción de la salud y el bienestar personal de los cuidadores”**

Pregunte a los cuidadores: **“¿Qué tipo de situaciones del cuidado creen ustedes que puedan llegar a ser frustrantes o estresantes?”** (Los cuidadores nombran un par de problemas que pudieran tener durante el cuidado¹).

Presente a los cuidadores: **“Para ayudarle a reducir su estrés y tensión en situaciones como estas, vamos a practicar juntos dos estrategias de relajación cortas diferentes. Nuestro objetivo en la práctica de estas estrategias es ayudarles a obtener más control sobre su tensión y así manejar mejor las**

situaciones estresantes. A medida que utilice estas estrategias, es posible que algunas le funcionen mejor que otras.”

Introducción a la estrategia de respiración

Decir: “La primera es la respiración. La técnica de respiración fue diseñada específicamente para ayudarle cuando este en medio de situaciones estresantes. Elegimos esta técnica porque es simple pero efectiva, y, además, porque los cuidadores a menudo tienen tiempo limitado para sí mismos. Lo bueno de la respiración es que sólo toma un momento y potencialmente puede reducir una gran cantidad de tensión. Además, se puede utilizar en cualquier lugar, en cualquier momento, y tantas veces como desee. De hecho, incluso podría usar la técnica de respiración en una habitación llena de gente y nadie lo sabría”.

Práctica de la estrategia de respiración

Decir: “Bien, vamos a probar lo siguiente. Quiero que respiren hondo y lo sostengan por unos momentos. No respiren tan profundamente ni lo sostengan por tanto tiempo. Por lo general, unos 3 o 4 segundos son suficientes. Exhale lentamente mientras al mismo tiempo dígame a usted mismo "debo relajarme", "debo dejar ir", "esto es fácil". Además, mientras exhalen, traten de dejar que la mandíbula, los hombros y los brazos se aflojen y relajen.

Bien, intentémoslo de nuevo. Respiren profundamente, y aguanten. Ahora, dejen ir el aire despacio. Dejen que la mandíbula, los hombros y los brazos se aflojen. Una vez más, respiren hondo y aguanten. Déjenlo salir lentamente. Relájense. Dejen que su cuerpo se suelte”.

Existe un segundo ejercicio de respiración que recomendamos utilizar en la medida de lo posible. Su dificultad radica en que es necesario contar con un espacio con poca iluminación y la posibilidad de proyección (data show y

computador). Se base en el video titulado “**Protocolo PCO-UC (Breve)**” que puede encontrarse a partir de este [enlace²](#) en la plataforma YouTube. Este video fue diseñado por el equipo de psiquiatría de la Pontificia Universidad Católica de Chile y es un video automatizado para reproducir el ejercicio de respiración.

Después del ejercicio de respiración pregunte al cuidador: “**¿Cómo se sintió**”

Intente que los cuidadores puedan practicar e implementar este ejercicio en sus hogares. Dígales: “**Los animo a practicar la respiración al menos una vez al día. Algunos cuidadores encuentran útil practicar cuando no están estresados, porque ayuda a reducir los sentimientos de tensión cuando las situaciones estresantes aparecen. Eso está muy bien, pero también quiero que lo practiquen cuando estén en medio de una situación estresante si es posible. Cuanto más practiquen esta técnica, mayores serán sus posibilidades de ser útil. Si olvidan alguna parte pueden revisar su “Cuadernillo del cuidador”, donde encontraran este ejercicio y otros adicionales**”

 NOTA

- (1) Intente anotar esta información para poder utilizarla en la sesión de cuidados médicos o seguimiento.

- (2)



- Si el cuidador dice que no funcionó o no le fue útil la respiración, puede decirles a los participantes que a algunas personas estos ejercicios le sirven

más que a otros, pero con la práctica pueden resultar muy útiles. Anímelo a hacerlo. También puede practicar con otros cercanos.

Actividad D: Estrategia de estiramiento

Procedimiento

 Tiempo: 15 min.

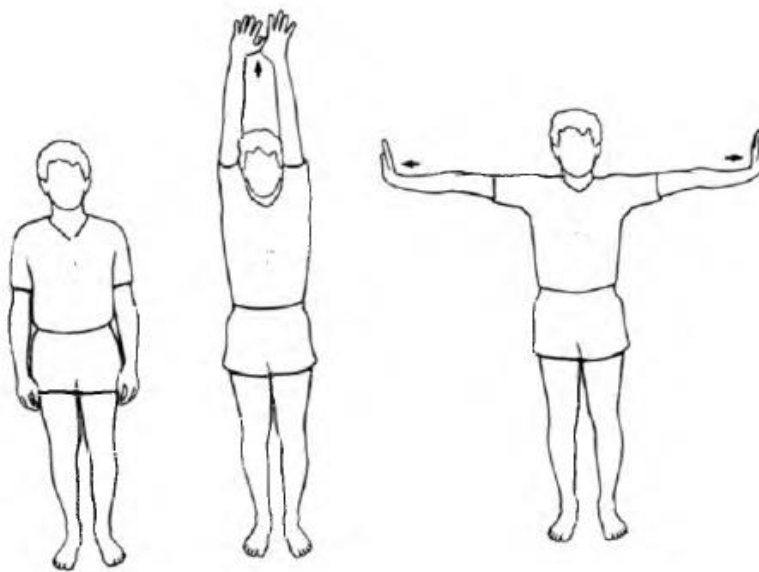
Introducción estrategia de estiramiento

Decir: “**Simplemente estirar los músculos cansados, puede ayudar mucho a reducir la tensión y el estrés. Los ejercicios de estiramiento se pueden usar casi en cualquier lugar, en cualquier momento, durante el tiempo que desee, por lo que puede ser una técnica de relajación especialmente conveniente para los cuidadores. Es importante hacer ejercicios de estiramiento que se sientan bien para usted. Ahora haremos algunos ejercicios de estiramiento que lo ayudarán a relajarse. Mientras practicamos esto, dígame si siente alguna molestia y nos detendremos e intentaremos otra cosa**”.

Práctica de la estrategia de estiramiento

Decir: “**Primero, comencemos de pie, o si lo prefiere, puede optar por hacer este ejercicio en su silla. Lo que sea más cómodo para usted. Con los brazos relajados hacia los lados, respiren profundamente, inflando su estómago y luego deje salir el aire lentamente. Mientras exhala sientan como la tensión se va de su cuerpo. Inspire una vez más, infle su estómago, mantenga el aire, y ahora, déjenlo salir lentamente. Con cada respiración están más y más relajados.**

Ahora lleven los brazos hacia arriba. Intenten llegar lo más alto que puedan, como si trataran de alcanzar el sol. Ahora, suavemente llévenlos hacia los lados, como si tratara de tocar las paredes. Ahora bajen los brazos, relajen los hombros y estiren un poco. Repitamos, extiendan suavemente los brazos hacia arriba. Nuevamente, llevamos los brazos hacia los costados, como si estuvieran tratando de tocar las paredes...como si estuvieran tratando de empujar las paredes hacia afuera. Y los volvemos a bajar hacia los costados. Sientan cómo se aflojan los músculos de la espalda y los hombros.

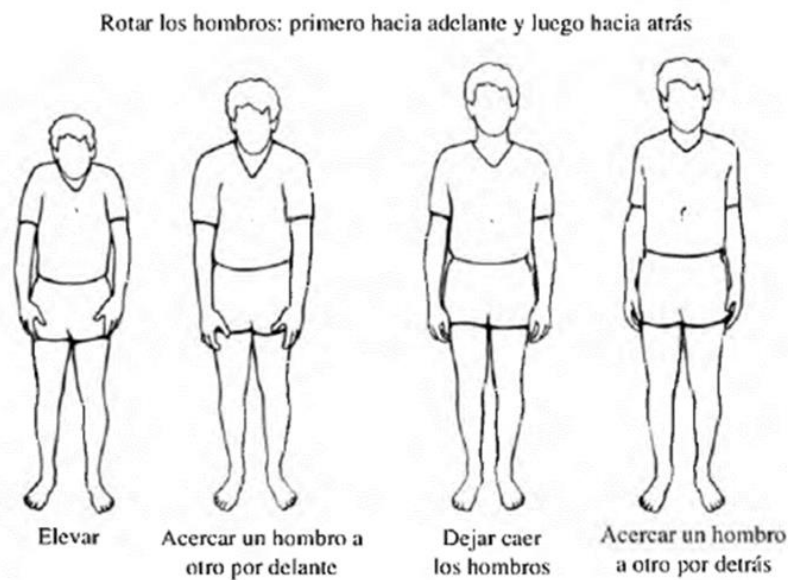


Ahora, estiren los brazos frente a ustedes. Sientan como los músculos en la espalda y los hombros se vuelven menos tensos y más sueltos. Estírelos hacia el cielo una vez más. Lleguen tan alto como puedan. Intenten tocar el sol. Ahora bájenlos, relajen sus hombros y estiren un poco

Ahora, vamos a rotar con calma los hombros hacia adelante. Primero encójalos y elévelos. Luego en la misma posición llévelos hacia adelante y de poco hacia abajo. Sienta la tensión saliendo de su cuerpo. Volvamos a girar los hombros hacia adelante ... Y una vez más. Ahora los vamos a hacer girar hacia atrás... Nos encogemos de hombros, luego los llevamos hacia las orejas, y luego hacia atrás intentando acercar cada hombro por detrás de la espalda. Y los dejamos

caer. Repetiremos este ejercicio dos veces más. Nos encogemos de hombros, los llevamos hacia las orejas, luego hacia atrás y los dejamos caer. Y una vez más.

Ahora tomemos una respiración profunda ... ahora exhale toda la tensión en su cuerpo. Tomen una respiración más ... y exhale dejando ir cualquier tensión restante. Ahora deberían sentirse más tranquilos y relajados”.



Después del ejercicio de relajación, pregunte a los cuidadores: "¿Cómo se sintió estirar los músculos? ¿Cuánto les ayudó? ¿Fue incómodo?"

Cierre del taller

Decir: “Antes de terminar queríamos recordarles que cada una de las habilidades que hemos realizado hoy deben ser practicadas diariamente para que puedan llegar a hacer efecto. Toda esta información está en su cuadernillo de cuidado para que ustedes puedan volver a recordar algunos de los contenidos que hemos visto acá, y también, puedan practicarlos en sus casas tras el alta médica de la persona mayor a quien ayudaran a cuidar. ¿Alguien tiene alguna duda? ¿del taller o de otro aspecto del cuidado a una persona mayor?”

Luego de terminar ambas actividades, recuerde a los cuidadores: **“Deben tener claro que ambas prácticas pueden ser útiles para cualquier momento del día. No sirve solamente para la labor de cuidar a un adulto mayor. Por tanto úsenlas cada vez que les parezca que puedan resultarles útiles.”**

Actividad E: Comunicación

Justificación: La investigación realizada previamente en la unidad de medicina, demostró que muchos de los cuidadores tienen dificultades con las habilidades de lecto escritura, y en ocasiones, no comprenden el tratamiento.

Procedimiento

 Tiempo: 15 min.

Presente al grupo: **“Muy bien, ahora pasaremos al último tema del taller. Este tiene que ver con la comunicación. La comunicación es un proceso interpersonal de expresión, por medio de signos verbales y no verbales, con la intención de influirse mutuamente. Es toda la información (sentimientos, pensamientos, ideas, por ejemplo) que damos o recibimos de nuestro entorno y familias, independientemente del medio que se utiliza (por voz, celulares, redes sociales, entre otras).**

Una de las áreas en las que queremos profundizar es la comunicación efectiva con el equipo médico y con las redes de apoyo que pueden ayudarlos a cuidar”

Comunicación efectiva

Puede decir: **“La comunicación efectiva y el intercambio de información entre el médico y usted, el cuidador, es crucial para tomar decisiones acertadas, pero comunicarse con los médicos y otros proveedores de servicios puede ser una tarea extremadamente difícil para muchos cuidadores.**

Para que usted aumente las probabilidades de tener una interacción de comunicación efectiva con el(los) médico(s) de su(s) ser(n) es necesario:

- Ir preparado a la consulta con el médico; y
- Utilizar buenas habilidades de comunicación.

Una persona bien preparada que visita a un médico, con una lista priorizada de quejas o preguntas, historial médico relevante e información médica actual. Venir preparado para una visita al médico implica:

- Comprender el problema
- Priorizar inquietudes
- Hacer los arreglos apropiados para hablar con médicos
- Tomar notas
- Llegar unos minutos antes de la cita

Por otro lado, el usar buenas habilidades de comunicación requiere:

- Buenas habilidades de escucha
- Comunicación directa y
- Aclaración de la información que es poco clara”

Pedir ayuda

Presente diciendo: **“Finalmente, cómo pedir ayuda también es fundamental, y muchas veces los cuidadores no lo hacen. Algunas personas evitan hacer peticiones a los demás y cuando lo hacen parecen disculparse o esperan ser rechazadas. Por el contrario, hay personas que pueden comportarse de modo exigente, coercitivo y hostil al hacer una petición.**

Es necesario aprender a pedir ayuda, ya que la tarea de cuidar a una persona con dependencia es de alta demanda para que la realice una sola persona. Para ello es necesario que active sus redes personales. Si usted cuida a un familiar,

es necesario que hable con la familia y plantee que necesita que también otros familiares se hagan cargo para que usted pueda tener días y noches de descanso o para realizar sus propias acciones de cuidado.

Como pedir ayuda

- Decir clara y directamente qué ayuda se necesita. No esperar que los demás descubran o adivinen cuáles son sus necesidades.
- No facilitar el rechazo.
- No hay que exigir.
- Si la respuesta es afirmativa, expresar agradecimiento.
- Si la respuesta es negativa, no insistir. Hay que reconocer el derecho de la otra persona a rechazar la petición.
- Tratar de encontrar alternativas”

Para cada uno de los puntos existe una explicación en el cuadernillo del cuidador, en caso de que el implementador desee explicarlo.

Actividad F: Testimonio y cierre

Justificación: Esta actividad se comprende si observamos las etapas de cambio. Estas etapas son la dimensión temporal, en el que un comportamiento va desarrollandose. Existen un total de 6 etapas, **Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción, Mantención y Terminó**. Existen algunas actividades que permiten el paso entre las etapas más tempranas, como la Precontemplación, a las más tardías o desarrolladas, como la Preparación, o incluso la misma Acción del comportamiento. Al situarnos en este contexto de trabajo, en donde la enfermedad en muchos casos aún será desconocida para los cuidadores, o incluso a algunas de ellos les cueste asumir un rol de cuidado, es necesario prever y aplicar distintas estrategias que permitan el paso de las personas a través de las distintas etapas de cambio conductual. El “**alivio dramático**” (*Dramatic*

Relief), ha demostrado un rol facilitador para que la persona pase de la etapa de Precontemplación a la de Contemplación. Inicialmente produce mayores experiencias emocionales, siendo seguido por un afecto reducido o alivio anticipado si se toman ciertas medidas apropiadas.

Los juegos de roles, el duelo, los testimonios personales, los comentarios sobre los riesgos para la salud y las campañas en los medios son ejemplos de técnicas que pueden conmover a las personas emocionalmente (Glanz, Rimer y Viswanath, 2008).

Explicación: El video “Me llamo Carmen” muestra el testimonio de una persona mayor, al ser cuidada por profesionales de salud. Con este, se busca que los cuidadores no despersonalicen a los adultos mayores una vez deban cuidarlos en su domicilio. Intenta conmover al espectador, desde la vivencia de una persona que necesita de la ayuda de otros para cuidar su salud.

 Procedimiento	 Tiempo: 10 min.
Diga al grupo: “Bueno, antes de irnos, terminaremos este taller viendo un video”. Reproduzca el video titulado “ME LLAMO CARMEN” que se encuentra disponible en la plataforma de YouTube. Puede encontrarlo en el siguiente enlace¹. Intente seleccionar los minutos que deseen presentar ya que el video tiene una duración de 15:07 minutos. Se sugiere que al menos proyecten desde el minuto 1:55 hasta 7:45. En caso de ser necesario, y alguno de los cuidadores se emocione, intente calmarlo. Puede recordar utilizar el ejercicio de respiración que se ha practicado anteriormente. Ofrezca ayuda adicional si es necesario Luego diga: “Finalmente, recuerden que todos los contenidos que hemos visto se encuentran en su cuadernillo del cuidador, en la sección de autocuidado del cuidador, ¿Alguien tiene alguna duda?”	

Luego de responder las preguntas, de cierre oficial a la sesión.

• **NOTA**

(1)



MÓDULO 3: SEGUIMIENTO

MÓDULO 3: SEGUIMIENTO		
Etapa	Actividades	Duración
III	a. Completar <i>Formulario para el control del tratamiento</i>	5 min.
	b. Resolución preguntas y problemas del taller	15 min.
	c. Discusión de problemas evaluación inicial	15 min.
	d. Entrega de <i>Formulario para el control del tratamiento</i>	5 min.
	e. Sugerencias y cierre	5 min.

Actividad A: Completar *Formulario para el control del tratamiento*

Explicación: Esta sección fue pensada para ser desarrollada por un profesional médico, que haya estado involucrado en el tratamiento del paciente.

Materiales

- Formulario para el control del tratamiento
- Lápices

Procedimiento

 Tiempo: 5 min.

- Los profesionales deben completar el Formulario para el control del tratamiento. Este contiene información médica relevante acerca de los procedimientos médicos para el cuidado y antecedentes del paciente. Luego debe entregárselo a la profesional que se encargara de la última actividad y explicárselo al usuario. Si el profesional médico tiene información adicional, o quiere aclarar algún punto del tratamiento, puede comunicárselo al encargado de la siguiente actividad o anotarla en la misma hoja.

Actividad B: Resolución de preguntas y problemas del taller

Justificación: El módulo de seguimiento es fundamental para establecer la efectividad y evaluación del programa. Conseguir que el cuidador implemente las soluciones y estrategias es el paso más crítico en el enfoque de resolución de problemas. Es necesario para comprobar los progresos del cuidador en relación a las metas establecidas (es decir, ¿está el problema bajo control o se ha alcanzado el objetivo?). Realmente hay dos dimensiones para el seguimiento del progreso: ¿Qué tan bueno fue el esfuerzo del cuidador en la implementación de las estrategias prescritas? y ¿Qué tan bueno fue el resultado?

Es importante que los encargados de la intervención puedan anticiparse a esta fase para abordar y resolver de la manera más eficaz posible las potenciales dudas que tengan los cuidadores. Esto, puede hacerse observando activamente las actividades de los talleres, y también registrando la mayor cantidad de detalles en material ad hoc (block de notas u otros).

En el período de seguimiento el profesional revisará el programa con el cuidador, asegurándose de que el cuidador entienda y esté dispuesto probar las estrategias revisadas. Se deben utilizar técnicas de demostración cuando sea posible en la presentación.

Explicación: Una vez que los encargados han comprobado que los cuidadores han asistido a los 2 talleres, los profesionales se deben contactar nuevamente con ellos, para poder llevar a cabo la última parte de la intervención. El seguimiento puede realizarse en un espacio privado, similar al que se utilizó en el módulo 1, o en el mismo servicio de medicina. Sin embargo, se recomienda la primera opción. Además, es preferible que el cuidador y el profesional realicen esta actividad en un lugar en que el paciente u otras personas de la familia o círculo cercano, no interrumpen su realización.

Esta sección es fundamental para que el cuidador tenga una idea clara de la duración de la enfermedad y las expectativas del tratamiento.

Materiales

- Formulario para el control del tratamiento
- Cuadernillo del cuidador
- Lápices para el usuario

 Procedimiento	 Tiempo: 15 min.
En caso de no haberse contactado anteriormente con el cuidador diga: “Buenos días/tardes, mi nombre es _____ (nombre encargado) y yo me encargare de la última etapa del programa para el cuidado de personas mayores de la unidad. Primero que nada, me gustaría preguntarle 1) ¿qué fue lo que aprendió durante los 2 talleres? 2) ¿tiene usted alguna duda acerca de lo que se habló en las sesiones? ¿algo no le quedo muy claro? 3) ¿tiene alguna pregunta de	

los cuidados que deben realizarse para atender a _____ (nombre del paciente) tras el alta médica?”

- Aquí se deben revisar los contenidos del “*Cuadernillo del cuidador*”, en la sección que se titula “**tipo de enfermedades**”.

Dígale al cuidador: “**Antes de continuar, primero debemos revisar algunas cosas básicas de la enfermedad de su familiar. Aquí tengo un documento “Formulario para el control del tratamiento” en el que aparecen todos los datos médicos de su familiar. Su diagnóstico aquí fue _____ (leer Patología del paciente) y esta es una enfermedad de tipo _____ (leer si es crónica o aguda)**

las enfermedades agudas y crónicas se comportan de manera distinta. Las enfermedades agudas en su gran mayoría tienen una duración corta, en comparación a una enfermedad crónica. En términos de cuidado, las enfermedades agudas deben llevar un tratamiento que permita atender al enfermo hasta que este pueda recuperar su salud. Las enfermedades crónicas, por otro lado, tienen una extensión de toda la vida, ejemplo de esto son la diabetes o la hipertensión, que son enfermedades bastante comunes. Si bien en la enfermedad no tiene cura, existen tratamientos que son bastante buenos. Si tiene más dudas, debe intentar preguntarles a las enfermeras o doctores que estén viendo a _____ (nombre del paciente)”.

Actividad C: Discusión de problemas de evaluación inicial y evaluación

Materiales

- Pauta de evolución de necesidades del cuidador
- Cuadernillo del cuidador
- Cuestionarios
- Lápices para el usuario

Procedimiento

 Tiempo: 15 min.

Una vez resueltas las primeras actividades, el profesional debe preguntar específicamente por las necesidades y problemas que se vieron durante la etapa de evaluación inicial (aquellas con menor dominio en la “*Pauta de evaluación de necesidades del cuidador*”, sección “*Acerca de ayudar a su familiar*”)

En caso de que el cuidador tenga duda de algunas de estas, repasar en conjunto, y con el material del cuadernillo del cuidador.

Luego de repasar las dudas que tengan los cuidadores, se procederá completar nuevamente los “*Cuestionarios*” en conjunto con él cuidador.

Actividad D: Entrega de formulario para el control del tratamiento

Materiales

- Formulario para el control del tratamiento

Procedimiento

 Tiempo: 5 min.

Una vez terminado de completar los cuestionarios, el profesional debe entregarle el material “**Formulario para el control del tratamiento**”.

Decir lo siguiente: “**Bueno, por último, le quiero entregar el “*Formulario para el control del tratamiento*” que contiene la mayor parte de la información médica, las dosis de medicamentos, el diagnóstico o patología, entre otros. Es importante, que guarde este documento o lo ponga en un lugar visible y seguro, para que los familiares o personas del círculo cercano a la persona mayor puedan revisarlo y colaborar en el cuidado. Una buena estrategia es colgarlo en el refrigerador con algún imán, por ejemplo. Además, recuerde llevarlo a sus consultas aquí en el hospital o en el consultorio. Esto último,**

es muy importante para el médico que verá a _____ (nombre paciente) de ahora en adelante, en _____ (Centro de Salud Familiar, Consultorio (CESFAM), Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT), o Centro de Referencia de Salud (CRS))”

Actividad E: Sugerencias y cierre

Procedimiento

 Tiempo: 5 min.

Decir al cuidador: “Finalmente, le quería felicitar y agradecer que haya participado tan activamente en las actividades que hemos diseñado para el alta médica de los adultos mayores. Espero que pueda serle útil toda la información que le hayamos dado, y recuerde practicar todas las diariamente. No olvide que tiene el cuadernillo del cuidador, que le puede ayudar a repasar los contenidos revisados, en caso de que se le olviden algunas cosas. Cualquier pregunta adicional puede contactarse con nosotros”.

MÓDULO 4: EVALUACIÓN DE CORTO A LARGO PLAZO

MÓDULO 4: EVALUACIÓN		
Etapas	Actividades	Duración
IV	a. Procesos de evaluación de reingreso y estancia media.	10 min.

Actividad A: Procesos de evaluación de reingreso y estancia media

Explicación: El proceso de evaluación de los indicadores de salud actúa como complemento del proceso de seguimiento. Es fundamental poder aplicar el proceso de evaluación ya que permite estimar la efectividad de corto y largo plazo de la intervención.

Materiales

- Pauta de evaluación indicadores de salud
- Registro de contacto inicial

 Procedimiento	 Tiempo: 10 min.
Para completar esta fase, se debe rellenar la “Pauta de evaluación de indicadores de salud” (en la sección materiales generales), luego de transcurrido un mes (30 días) desde que el primer grupo de participantes haya finalizado los módulos I, II y III. Para completar la fecha de los reingresos y su alta médica, utilice el “Registro de contacto inicial” (sección material general), donde figura la fecha de reingreso y la fecha del alta médica. Además, en esta hoja de registro se debe consignar la fecha de la alta médica anterior, para determinar si corresponde a un tiempo de readmisión hospitalaria de 7 o menos días, o entre 8 y 31 días.	

Extraído y adaptado de:

- Barbier, M., Moreno, M., & Sanz, S. (2011). *Guía de autocuidado y cuidado para personas cuidadoras familiares de personas mayores en situación de dependencia*. Recuperado de <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/guiaautocuidadoycuidadoserviciosintegrados.pdf>
- Campos, R., & Carrasco, G. (2017). *¿Qué necesito saber para cuidar a una persona mayor? Manual para el cuidador*. Recuperado de <http://sociologia.uc.cl/wp-content/uploads/2017/12/manual-del-cuidador-uc-2017-web.pdf>
- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107–126
- Equipo de Salud Rural. (2015). *Plan de cuidado al cuidador de usuarios con dependencia*. Recuperado de <https://www.scoquimbo.cl/gob-cl/mais/files/06-12-2017/prevencion/PLAN%20DE%20CUIDADOS%20PARA%20EL%20CUIDADOR%20%20ESR.pdf>
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. John Wiley & Sons.
- University Center for Social and Urban Research (2001) *Reach II. Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health*. Recuperado de <http://www12.edc.gsph.pitt.edu/reach2/public/manuals.html>
- Martín, M. D. (2006). *Guía de atención a las personas cuidadoras*. Recuperado de http://www.riicotec.org/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/guia_atencion_personas_cuidado.pdf
- https://www.nextstepincare.org/uploads/File/Guides/Provider/What_Do_You_Need-Training.pdf

Materiales

Programa del Cuidador Principal

Hospital Doctor Sótero del Río

Etapa I, II.A y II.B: Material General

Registro Contacto Inicial

Fecha de contacto:

1) Cuidador Principal Contactado: _____
2) Nombre del Paciente (persona mayor de 60 años): _____
3) ¿Es reingreso?: Sí/No (en caso de que no, pase al ítem 4)
Si es reingreso,
Fecha de alta anterior: _____
Fecha de reingreso: _____
Fecha de 2 da. Alta: _____
4) Fecha Agendada: _____
5) Hora Agendada: _____
6) Número telefónico: _____
7) Correo electrónico: _____

Fecha de contacto:

1) Cuidador Principal Contactado: _____
2) Nombre del Paciente (persona mayor de 60 años): _____
3) ¿Es reingreso?: Sí/No (en caso de que no, pase al ítem 4)
Si es reingreso,
Fecha de alta anterior: _____
Fecha de reingreso: _____
Fecha de 2 da. Alta: _____
4) Fecha Agendada: _____
5) Hora Agendada: _____
6) Número telefónico: _____
7) Correo electrónico: _____

Fecha de contacto:

1) Cuidador Principal Contactado: _____
2) Nombre del Paciente (persona mayor de 60 años): _____
3) ¿Es reingreso?: Sí/No (en caso de que no, pase al ítem 4)
Si es reingreso,
Fecha de alta anterior: _____
Fecha de reingreso: _____
Fecha de 2 da. Alta: _____
4) Fecha Agendada: _____
5) Hora Agendada: _____
6) Número telefónico: _____
7) Correo electrónico: _____

Registro de participación Taller Cuidados Médicos

[illegible]

Registro de participación Taller de Autocuidado del Cuidador

[illegible]

Lista de Chequeo de Materiales

Chequee sus materiales de trabajo, antes de comenzar cualquiera de las actividades

Materiales	Marque con un ☒ cuando ya tenga sus materiales.
MÓDULO 1: EVALUACIÓN DE NECESIDADES DEL CUIDADOR INFORMAL	
Actividad A: Conociendo a los cuidadores	
Registro Contacto Inicial	☐
Lápices	☐
Actividad B: Comunicación del programa de intervención y evaluación inicial	
Pauta de evaluación de las necesidades	☐
Cuadernillo del cuidador	☐
Lápices	☐
MÓDULO 2: TALLER DEL CUIDADOR	
Taller de Cuidados Médicos	
Actividad A: Recepción inicial	
Lista de asistencia: Taller Cuidados Médicos	☐
Pauta de definición del problema	☐
Plumones, pizarra y/o Power Point	☐
Computador y proyector	☐
Lápices para los participantes	☐
Actividad B:	

Inicio de terapia de resolución de problemas, grupo de discusión y lluvia de ideas	
<i>Forma de procedimiento 1</i>	
Pauta de evaluación de necesidad del cuidador	☐
Pauta de definición del problema	☐
Plumones, pizarra y/o Power Point	☐
Computador y proyector	☐
Lápices para los participantes	☐
<i>Forma de procedimiento 2</i>	
Pauta de definición del problema	☐
Plumones, pizarra y/o Power Point	☐
Computador y proyector	☐
Lápices para los participantes	☐
Actividad C: Enumerar las posibles soluciones	
Pauta de definición del problema	☐
Actividad E: Toma de decisiones, consolidación de estrategias y planes de acción	
Pauta de definición del problema	☐
Taller de Autocuidado del Cuidador	
Actividad A: Recepción inicial	
Registro de participación Taller Autocuidado del Cuidador	☐
Plumones, pizarra y/o Power Point	☐
Computador y proyector	☐

Lápices para los participantes	☐
MÓDULO 3: SEGUIMIENTO	
Actividad A: Completar <i>Formulario para el control del tratamiento</i>	
Formulario para el control del tratamiento	☐
Actividad B: Resolución de preguntas y problemas del taller	
Formulario para el control del tratamiento	☐
Cuadernillo del cuidador	☐
Lápices	☐
Actividad C: Discusión de problemas de evaluación inicial y evaluación	
Pauta de evolución de necesidades del cuidador	☐
Cuadernillo del cuidador	☐
Cuestionarios	☐
Lápices	☐
Actividad D: Entrega de formulario para el control del tratamiento	
Formulario para el control del tratamiento	☐
MÓDULO 4: EVALUACIÓN DE CORTO A LARGO PLAZO	
Actividad A: Procesos de evaluación de reingreso y estancia media	
Pauta de evaluación indicadores de salud	☐
Registro de contacto inicial	☐
Lápices	☐

PAUTA DE DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Definir su problema puede resultar ser muy complejo o confuso. Escribirlo, le ayudará a organizar la información, verlo desde nuevas perspectivas y a poder identificar los temas más relevantes.

Define tu problema.

Intente hacerlo de la manera más clara y completa posible. Si el problema tiene muchas partes, describa cada una de ellas. Tome su tiempo para escribirlo, si necesita ayuda, pídale.

Problema 1.
Meta 1.
Problema 2.
Meta 2.
Problema 3.
Meta 3.
Problema 4.
Meta 4.

¿Cuándo y dónde se produce su problema?

--

¿Cuáles son las causas de su problema?

Piensa en *todas las* causas posibles. Considere su propio comportamiento, así como otras causas externas (recursos comunitarios, espacios públicos, conocimiento, etc.)

TIP: Si le resulta difícil separar sus emociones del problema, trate de completar este paso desde la perspectiva de un amigo.

Soluciones múltiples

Anote al menos tres soluciones al problema. Por lo general, hay muchas soluciones a un problema, y nuestras primeras ideas no siempre son las mejores. A menudo nos quedamos atascados en lo que funcionó en el pasado, sin pensar en soluciones alternativa.

--

Evalúe sus soluciones y elija una.

Comience por descartar cualquier solución que obviamente sea ineficaz o poco práctica. A continuación, examine las soluciones restantes y determine cuáles son las más propensas a tener éxito examinándolas en profundidad. Esto se puede hacer examinando las fortalezas y debilidades de cada solución.

Durante esta etapa, es posible que se le ocurran nuevas soluciones, o que una combinación de varias estas sea mejor que cualquier otra idea.

Solución	Fortalezas	Debilidades

TIP: Si le está costando pensar en fortalezas y/o debilidades para cada solución, hágase las siguientes preguntas:

- ¿Se trata de una solución a corto, o a largo plazo?
- ¿Qué tan probable es que siga adelante con esta solución?
- ¿Cómo afectará esta solución a otras personas?

Enumere los pasos específicos para realizar la solución.

TIP: Si su solución requiera mucho tiempo o esfuerzo, intente pequeños pasos. Es más fácil de seguir con varios pasos pequeños, en lugar de una tarea gigante.

Implemente su solución

Para asegurarse de seguir adelante con su solución, es mejor pensar en cómo y cuándo se implementará. Sin hacerlo, las soluciones difíciles podrían evitarse u olvidarse, cuando llegue el momento de realizarlas.

¿Cuándo implementará la solución?

Algunas soluciones pueden ocurrir en un momento específico (por ejemplo, "2:00 PM el sábado"), mientras que otras requieren que algo impredecible suceda (por ejemplo, "cuando me enfado"). Rellene la sección correspondiente a continuación:

Mi solución se puede programar...	Mi solución es una respuesta a algo...
--	---

¿Cuándo realizara la solución? Sea específico.

¿Cómo sabrá cuándo usar su solución? Haga una lista de signos de advertencia específicos, desencadenadores u otros eventos específicos que te avisen.

¿Cómo recordará seguir adelante con su solución?

Adaptado de: *Problem Solving*, www.therapistaid.com 2016. Recuperado de <https://www.therapistaid.com/worksheets/problem-solving.pdf>

Preguntas sin resolver en el taller

Anote en este espacio todas las preguntas que los encargados del taller no pudieron responder durante el taller. Asegúrese de preguntárselas a los médicos, enfermeras o asistentes sociales que atiendan a su familiar/receptor de cuidado, en el hospital

Sugerencias y contenidos para uso y/o preparación del material para los talleres

Si necesita utilizar material gráfico puede extraerlo del cuadernillo de los cuidadores.

I. Cuidados médicos

1. “*Movilización y Transferencia*”

La movilización se realiza para cambiar a una persona de posición. Por otra parte, las transferencias se realizan para mover a las personas desde un medio a otro, como desde una cama a un sillón, por ejemplo. Es de gran importancia poder aprender a realizar este tipo de movimientos para cuidar a un adulto mayor enfermo, ya que permite prevenir la aparición de úlceras, atrofiamiento de los músculos, rigidez en las articulaciones o también, que la persona esté más segura y cómoda. Además, debe asegurarse de cambiarlo de posición frecuentemente.

Es muy importante saber cómo realizar estos movimientos y traslados, ya que muchas veces los cuidadores terminan con lesiones musculares o esqueléticas, producto de un esfuerzo mal ejecutado (Campos y Carrasco, 2017). Para que esto no ocurra, primero:

Debe cuidar su postura.

- Mantenga la tensión por todos los músculos del cuerpo e intente evitar las lesiones.
- Debe tener la espalda recta, alineada y sin doblar. Flexione ligeramente las rodillas. Separe los pies, teniendo uno un poco más adelante del otro (30 cm. aproximadamente).
- Aproxímese lo más posible a la persona para tomarla. Debe asegurarse de que no la va a soltar.
- Permítale a la persona poder cooperar lo más posible.

a. Sentar a la persona en la cama.

- Coloque una almohada contra la cabecera de la cama para proteger la cabeza de la persona.
- Coloque un brazo bajo los muslos y otro bajo los hombros.
- Pídale a la persona que flexione las rodillas, y coloque las plantas de los pies sobre el colchón.
- A la cuenta de tres, pida a la persona que se empuje hacia arriba con las manos, en caso de que pueda hacerlo. Al mismo tiempo usted intente movilizar a la persona hacia arriba.

En caso de que la persona no pueda colaborar.

- Pida ayuda a otra persona.
- Retire las mantas, frazadas o sábanas que cubren a la persona.
- Posiciónese junto la cama, frente a la persona y con el cuerpo levemente girado hacia el cabecero de la cama, con los pies separados y rodillas flexionadas.
- Coloque un brazo por debajo de los hombros de la persona mayor y el otro por debajo del muslo.
- Realice la movilización manteniendo las rodillas rectas hasta llevarle a la posición deseada.

Sentar a la persona postrada en el borde la cama

- Proteja la cabeza de la persona colocando la almohada contra la cabecera.
- Colóquese al lado de la cama.
- Coloque un brazo por debajo del cuello de la persona tomando el hombro más alejado, el otro brazo pasará por debajo de las rodillas.
- Gire a la persona de modo que queden las piernas colgando.

- Invierta el procedimiento para acostar a la persona.

b. Posición de costado.

- Sitúe la cabeza de la persona cuidada alineada con la columna y coloque una almohada debajo de la cabeza y el cuello.
- Procure que la espalda permanezca inclinada de 30 a 45° hacia atrás. Apóyela sobre una almohada para aliviar la presión en el hueso de la cadera.
- Ubique el brazo derecho de la persona sobre su pecho y la pierna derecha sobre la izquierda.
- Tome a la persona ubicando una de sus manos en el hombro derecho y otra en la cadera derecha de la persona, girando hacia el cuerpo del cuidador.
- Ubique una almohada por la espalda de la persona para mantener la posición.
- Colóquele el brazo que queda debajo hacia delante y bajo otra almohada, y el que queda encima ligeramente flexionado sobre una almohada.
- Desplace el hombro sobre el que apoya hacia delante para evitar un excesivo apoyo en él.
- Póngale la pierna que queda abajo casi extendida y la de arriba flexionada. Ayúdese colocando una almohada entre las piernas, desde el muslo al tobillo, permitiendo que la cadera quede alineada y evitando el roce de las piernas.

c. Transferencias de la cama a la silla

- Realice el movimiento titulado "*Sentar a la persona postrada en el borde la cama*".
- Una vez que la persona esté sentada al borde de la cama, ayúdela a colocarse de pie.
- Colóquese frente a la persona, rodéela por las axilas colocando las manos a nivel de omóplatos.

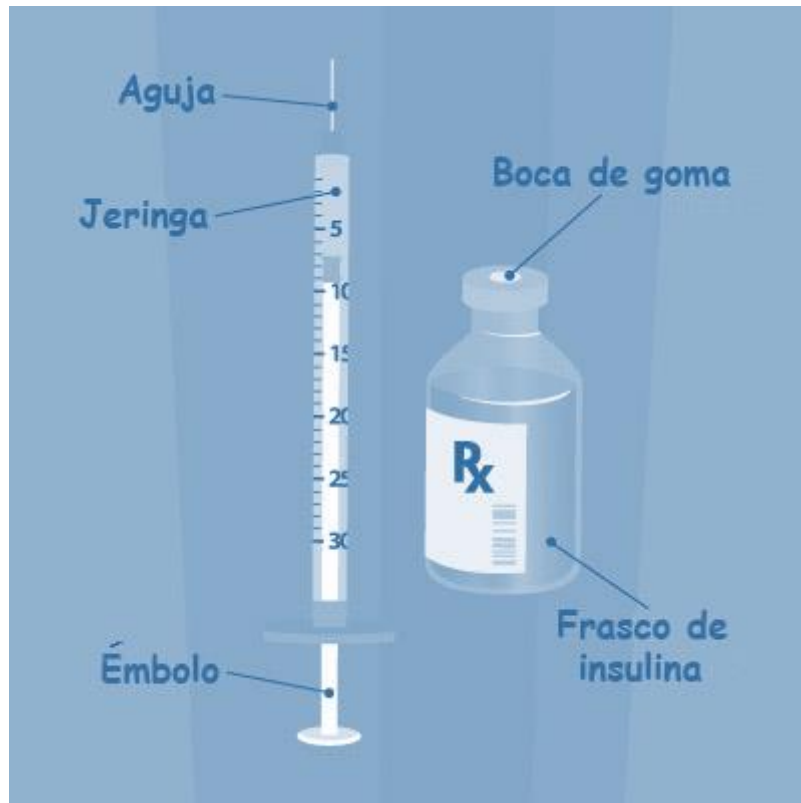
- Coloque o pida a la persona que la abrace por detrás del cuello.
- Coloque sus rodillas contra las de la persona y bloquee sus pies contra los de ella para evitar que se deslice.
- Tome a la persona hasta que quede de pie, enderezando las rodillas.
- Sostenga a la persona de pie frente a usted y gírela de manera que pueda alcanzar el brazo de la silla. Continúe girando hasta que quede de espaldas a la silla, bájela doblando las caderas y rodillas.
- Coloque a la persona con una buena alineación corporal en la silla, es decir con la espalda recta y en contacto con el respaldo de la silla.
- Invierta el procedimiento para acostar nuevamente a la persona.

2. “Administración de insulina”

Materiales

1. Conseguir los elementos necesarios:

- frasco de insulina,
- jeringa,
- gasa con alcohol y
- recipiente para colocar la jeringa usada.



Antes de comenzar

1. Se recomienda. Lavarse las manos con agua y jabón.
 - Comprobar que la insulina corresponde con la que debe administrarse en ese momento, si el paciente debe inyectarse más de un tipo de insulina.
 - Verificar la fecha del frasco de insulina para asegurarse de que no haya caducado.

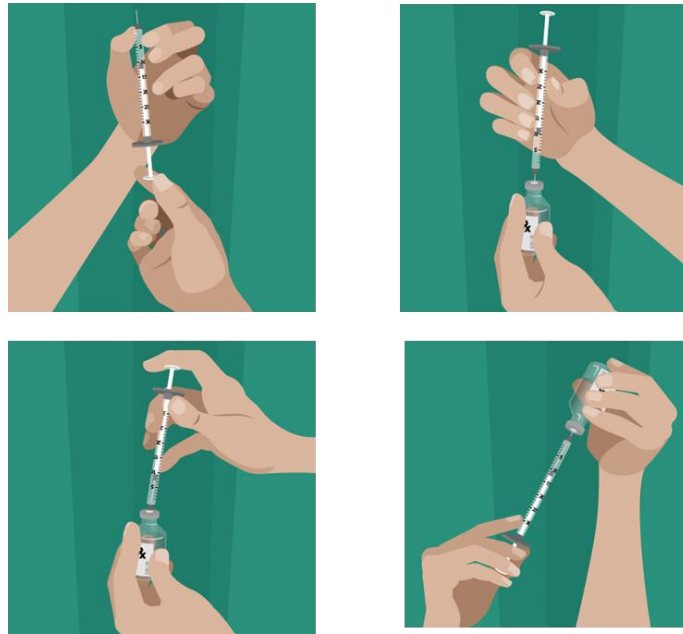
2. Retire el tapón protector y Revise el aspecto de la insulina.
 - Hay insulinas en que el contenido debería ser claro, incoloro y libre de partículas como las insulinas rápidas o los análogos de insulina lentos.
 - Hay otras insulinas como en el caso de la insulina NPH o mezclas de insulina que su aspecto es turbio y debemos realizar su suspensión (es

decir la obtención de una solución homogénea). Para ello haremos rotar la pluma entre las palmas de las manos sin agitar.

Procedimiento

a. Administración de la inyección de insulina.

1. Examinar la zona donde se vaya a administrar la insulina. No utilizar una zona que tenga bultos, morados, heridas o fisuras.
2. Limpiar el área de inyección. No es necesario desinfectar la piel con alcohol, es más importante la buena higiene y el lavado de manos.
3. Pellizcar suavemente la piel. Levantar un pliegue de piel entre los dedos pulgar e índice.
4. Coger la jeringa o el pen de insulina.
5. Si se utilizan agujas de 4, 5 o 6 mm de largo (son las adecuadas), insertar la aguja entera en ángulo de 90° (sin embargo, con este largo de aguja no sería necesario realizar pellizco).
6. Apretar el émbolo e inyectar toda la insulina.
7. Soltar el pellizco.
8. Contar hasta 10 antes de retirar la aguja de la piel.
9. No frotar la piel después de sacar la aguja.



En caso de utilizar agujas de 8 mm de largo, se debe insertar la aguja entera en la piel en un ángulo de 45°, sin embargo, actualmente está desaconsejado utilizar dicha longitud.

Zonas de inyección.

- **Brazos:** zona externa.
- **Muslos:** zona superior y lateral externa.
- **Abdomen:** cualquier zona abdominal en la que exista grasa subcutánea es adecuada para la administración de insulina.
- **Glúteos:** zona superior externa.

En el caso de brazos y muslos, se debe evitar inyectar la insulina cerca de las articulaciones.

Rotación del lugar de inyección.

- Es importante utilizar diferentes partes del cuerpo cada vez que se inyecta la insulina para evitar lesiones en el tejido subcutáneo que pueden dificultar la acción de la insulina.
- Se recomienda diseñar un sistema propio para hacer la rotación de las zonas de inyección, que ayuden a cambiar de zona de manera rutinaria. Si no, seguramente la educadora en diabetes podrá sugerir algunas rutinas.

El medicamento se presenta en forma de parches que se pegan a la piel.

- Escoja una zona del cuerpo con poco vello y que no esté expuesta a roces.
- Limpie y seque bien la zona donde vaya a poner el parche.
- Retire la película protectora del parche intentando no tocar el interior adhesivo y péguelo a la piel.
- Vaya rotando periódicamente el lugar de colocación.
- Respete el tiempo que debe permanecer pegado el parche (12-24 h, 3 días, etc.)
- Recuerde quitar el parche anterior antes de poner otro.
- No corte ni doble los parches, salvo indicación expresa del fabricante.

3. “Recursos comunitarios”

- El sistema público de servicios sociales puede ayudarle a prevenir o aliviar la sobrecarga que conlleva la situación de cuidados prolongados, a la vez que se cubren las necesidades de la persona mayor dependiente, mejorando su calidad de vida. Utilice, sin dudarlo, todos los apoyos y recursos sociales que pueda. Los profesionales le ayudarán a tomar las decisiones más adecuadas para el cuidado y a resolver las dificultades que se presenten.

a. Centro de día

- Es un servicio de atención diurna a las necesidades personales básicas, socioculturales y, en ocasiones, sanitarias para personas mayores dependientes. Incluye el traslado de la persona mayor dependiente desde su domicilio hasta el centro de día.
- Potencia la autonomía de la persona mayor, al estimularle física y psíquicamente, ayudando a contener las pérdidas funcionales.
- Complementa al servicio de ayuda domiciliaria, facilitando la permanencia de la persona mayor en su entorno habitual.
- Sirve de respiro/descanso al cuidador, al que descarga del cuidado durante un determinado tiempo.

b. Residencia

Centro gerontológico abierto, de desarrollo personal y atención sociosanitaria profesional, en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia. Cuando la persona mayor precisa cuidados profesionales continuados y los recursos sociales en el entorno familiar son insuficientes, puede hacerse muy difícil mantenerla en su domicilio, siendo la residencia una buena elección.

- Antes de tomar la decisión de ingreso de la persona mayor en una residencia es fundamental contar con su consentimiento, cuando su capacidad mental lo permita.
- Exija conocer el plan de cuidados que tiene establecido la residencia para el cuidado de la persona mayor y no dude en solicitar todas las aclaraciones que considere oportunas.

c. Programa de respiro

Son servicios de atención integral a la persona mayor dependiente, por un periodo limitado de tiempo, para facilitar a los cuidadores familiares espacios de tiempo libre y descanso.

Centro de día de fin de semana

- Tiene como objetivo apoyar a los cuidadores familiares durante los fines de semana.
- Cuenta con soporte de traslado en ruta, desde el domicilio al centro de día.

Residencia temporal

- Servicio de atención temporal en residencia que permite el descanso de los cuidadores (disfrute de vacaciones) o dar respuesta a situaciones transitorias que hacen imposible el cuidado (viajes, enfermedad del cuidador, etc.).

¿Cómo acceder a estos recursos?

- Si la persona mayor tiene una dependencia moderada solicítelos a través de los Servicios Sociales Municipales.
- Si la persona mayor tiene dependencia severa o gran dependencia es imprescindible solicitarlo a través de la “Ley de Dependencia”. Se puede tramitar en los registros oficiales, aunque siempre es recomendable acudir a los Servicios Sociales.

4. “Enfoque de resolución de problemas y A-B-C”

- La terapia conductual y manejo ambiental A-B-C es una de las técnicas más usadas. La base de enfoque radica en que toda conducta problemática (B) tiene un antecedente (A) y una consecuencia (C).

- Los cuidadores pueden tener éxito para cuidar, cambiando rutinas, enfoques y manteniendo el estrés a un nivel manejable. Los ajustes aparentemente "sencillos" ayudan a las personas mayores a utilizar las habilidades que mantengan, promoviendo así el valor y la dignidad de sí mismos. Las intervenciones generales incluyen cosas como usar una rutina tranquila y consistente. Apoyar las habilidades impedidas o perdidas también implica el uso de rutinas familiares y un ritmo calmado, alternando actividades complejas y simples, e incluyendo períodos de descanso planificados para reducir los niveles de estrés. Se recomienda reducir los estímulos ambientales cuando se producen reacciones de estrés de las personas mayores, bajar el volumen de la televisión si está muy alto, mover a la persona a un espacio tranquilo y/o comprobar si hay causas de estrés físico, como hambre, dolor o humedad, por ejemplo. Esto permite a la persona recuperar el "control" y volver a un estado de calma.
- Junto con los cambios de rutina, los objetivos de mantener la seguridad y mantener el estrés a un nivel manejable, implica adaptar los entornos físicos y sociales. Evaluar el entorno físico en busca de posibles barreras (por ejemplo, escalones, alfombras de dispersión, iluminación inadecuada), objetos que puedan ser mal utilizados como resultado de los impedimentos físicos (por ejemplo, limpiadores domésticos, herramientas eléctricas, estufa, automóvil), o que deban realizar movimientos extraños o de mayor exigencia (mover muebles, agacharse, por ejemplo) es esencial poder tener en cuenta, al realizar las adaptaciones necesarias.

Por todo esto es necesario que se tengan en cuenta ciertas preguntas:

- Si hay un problema de comportamiento (problemas al comer, molestias de ruidos u olores, resistencia a movilizarse o asearse, entre otras), ¿Cuándo aparece? (por la mañana, al anochecer, comiendo, por la tarde después de comer...). ¿Dónde aparece? (puede aparecer en cualquier lugar determinado, en casa de un familiar o amigo, en el centro de día...).

- Antecedentes: algunas situaciones precipitan el problema (obligarlo a hacer algo concreto, ruidos o varias personas que llegan a casa, no haber tomado la medicación, etc.).
- ¿Cómo evoluciona? (si sucede siempre de la misma manera, si algún familiar humilla o avergüenza al enfermo, si pone gesto de dolor, llora o grita...).
- ¿Qué sucede después? (los efectos o consecuencias de la aparición del problema, cómo afecta a la familia o amigos, al paciente y al cuidador, etc.).

Finalmente, señalar a los participantes que, para muchos de los procedimientos, necesitaran materiales adicionales. Dentro del cuadernillo podrán encontrar herramientas de apoyo.

II. Autocuidado del cuidador

La labor que realizan los cuidadores es uno de los elementos fundamentales para mantener la funcionalidad de la persona mayor tras el alta médica. Sin ellos, sería muy poco probable que los tratamientos que se efectúan en el hospital sean efectivos en su totalidad. Su rol destaca, por sobre muchos otros. Sin embargo, frecuentemente se habla que los cuidadores sufren de desatención a su salud, se olvidan de su proyecto de vida, ven alteradas las dinámicas familiares y existe frustración y ansiedad por no sentirse competente para entregar el cuidado requerido. La carga de cuidado que habitualmente sobrellevan los cuidadores principales es de alta intensidad, especialmente, aquellos que cuidan a personas con problemas psicológicos como el Alzheimer. También, las personas cuidadoras pueden presentar enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes, osteoartritis y síntomas depresivos.

Ser cuidador implica:

- Responsabilizarse de todos los aspectos de la vida del enfermo: higiene, alimentación, vestido, medicación, seguridad, etc.

- Decidir dónde y cuándo deben invertirse los esfuerzos y los recursos personales y económicos.
- Tener que afrontar la sobrecarga física y emocional que supone la dedicación continuada al cuidado.
- Enfrentarse a la pérdida paulatina de su autonomía, teniendo que compaginar los cuidados con el mantenimiento de sus relaciones en el entorno familiar, laboral y social, ocio, etc.

¿Qué puede hacer para cuidarse?

- Atienda a su propia salud y bienestar.
- Evite el aislamiento y la pérdida de contactos con su entorno familiar y social.
- Pida ayuda a las personas de su entorno sin esperar a que se la ofrezcan. Comparta y delegue tareas y responsabilidades.
- Exprese sus sentimientos abiertamente.
- Valore y reconozca el esfuerzo que está realizando.
- Establezca límites ante la demanda de cuidados de la persona mayor.
- Utilice los recursos profesionales y sociales disponibles.
- Procure que no se produzca un desequilibrio entre la necesidad de cuidados y los recursos y ayudas que tenga.

Señales físicas

- Cansancio, falta de apetito.
- Alteraciones del sueño.
- Dolores musculares, palpitaciones.
- Abandono de su aspecto físico.

Señales psíquicas/ emocionales (y sentimientos)

- Tristeza, sentimientos de culpa.

- Disminución de la autoestima.
- Cambios de humor, irritabilidad.
- Dificultad para concentrarse.
- Pérdida de memoria.

Señales sociales.

- Ruptura de las relaciones con familiares y amigos.
- Desinterés por actividades que anteriormente realizaba.
- Soledad y sentimiento de aísla.

La comunicación.

- La comunicación determina las relaciones y la convivencia en el domicilio. Una buena comunicación con la persona mayor dependiente promueve su autonomía, evita el aislamiento y contribuye a que se sienta bien y esté más tranquila. Usted también se sentirá mejor comunicándose con ella y podrá mostrarle afecto.

Consejos generales.

- Siéntese cómodamente al lado o enfrente de la persona mayor, manteniendo siempre contacto visual con ella.
- Evite usted hablar si está enfadado, espere a estar más tranquilo.
- Emplee frases cortas y sencillas. No le haga varias preguntas seguidas, dele tiempo a que responda.
- Nombre siempre a la persona o las cosas a las que se refiere, evite las interpretaciones.
- No permita que sus gestos contradigan lo que está diciendo.
- Anímele a participar en la conversación y a dar sus opiniones.
- Escúchele atentamente, muéstrole comprensión y transmítale seguridad.

- Observe cómo se expresa, los gestos que hace o la actitud que tiene le ayudarán a conocer cuáles son sus emociones y necesidades reales.
- Acérquese y mantenga algún contacto físico con la persona mayor, cójale las manos, acarícielo, etc.
- Busque temas de conversación que le interesen, comente la actualidad, repase fotografías, etc.
- Háblele como lo hace con cualquier adulto. Aunque la persona mayor tenga problemas de comprensión, nunca le trate como a un niño.
- Adáptese en todo momento a los problemas sensoriales que pueda tener la persona mayor dependiente. Asegúrese de que lleva puestas las gafas o el audífono si los usa.

Método de comunicación (Virginia Satir)

1. **Tranquilizar para que la otra persona no se enoje.** El aplacador habla con el tono de voz congraciador, trata de agradar, se disculpa y nunca se muestra en desacuerdo, sin importar la situación. Es el “hombre en sí” que habla como si nada pudiera hacer por él mismo, siempre tiene que recurrir a la aprobación de los demás.
2. **Acusar para que la otra persona te considere más fuerte.** El acusador o el inculpador es aquél que encuentra defectos, un dictador, un jefe que adopta una actitud de superioridad y parece decir: “si no fuera por ti todo estaría bien” El sentimiento interno tensa músculos y órganos; entre tanto la presión arterial aumenta. La voz es dura, tensa y a menudo aguda y ruidosa.
3. **Calcular de forma que mensaje indique que estás dispuesto a manejar la amenaza como si fuera inofensiva, y estas tratando de mostrar tu valía usando palabras impresionantes.** El calculador es un individuo muy correcto, razonable, que no muestra sentimiento alguno. Esta parece

tranquila, fría, contenida y es posible compararla con una computadora y un diccionario. El cuerpo se palpa seco, frío y tiene una actitud distante.

4. **Distraerse para ignorar la amenaza, actuando como si no existiera.** Lo que el distraído diga o haga carecerá de importancia para los otros digan o hagan. Sus opiniones se presentan vagas o fuera de lugar. Sus sentimientos internos son como de mareo. La voz suele ser cantarina, con frecuencia fuera de tono con las palabras, y estas pueden subir y bajar razón porque no están centradas en ningún sitio.
5. **Equilibrado o fluyente.** En esta respuesta todas las partes del mensaje apuntan en la misma dirección. La persona dice palabras que coinciden con la expresión facial, la posición corporal y el tono de voz. Las relaciones son fáciles, libres y honestas, y existen pocas amenazas a la auto estima. Con esta respuesta no hay necesidad de culpar, convertirse en un calculador, ni estar en movimiento perpetuo.

Extraído y adaptado de:

- <https://www.chilecuida.gob.cl/guias-educativas/>
- <https://www.innovaasistencial.com/blog/cuidado-de-mayores-sondas-2-sonda-vesical/>
- <https://diabetes.sjdhospitalbarcelona.org/es/diabetes-tipo-1/debut/como-inyectar-insulina>
- https://www.sefac.org/sites/default/files/sefac2010/private/documentos_sefac/documentos/KA_Manual_Neuro.pdf
- Campos, R., & Carrasco, G. (2017). *¿Qué necesito saber para cuidar a una persona mayor? Manual para el cuidador*. Recuperado de <http://sociologia.uc.cl/wp-content/uploads/2017/12/manual-del-cuidador-uc-2017-web.pdf>
- Equipo de Salud Rural. (2015). *Plan de cuidado al cuidador de usuarios con dependencia*. Recuperado de <https://www.ssoquimbo.cl/gob-cl/mais/files/06-12-2017/prevencion/PLAN%20DE%20CUIDADOS%20PARA%20EL%20CUIDADOR%20%20ESR.pdf>
- García Antón, M. Á., & Campos Dompedro, J. R. (2013). *Manual de habilidades para cuidadores familiares de personas mayores dependientes*. Recuperado de https://www.segg.es/media/descargas/MANUAL_HABILIDADES_SEGG.pdf
- University Center for Social and Urban Research (2001) *Reach II. Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health*. Recuperado de <http://www12.edc.gsph.pitt.edu/reach2/public/manuals.html>
- Barbier, M., Moreno, M., & Sanz, S. (2011). *Guía de autocuidado y cuidado para personas cuidadoras familiares de personas mayores en situación de dependencia*. Recuperado de <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/guiaautocuidadoycuidadoserviciosintegrados.pdf>
- Martín, M. D. (2006). *Guía de atención a las personas cuidadoras*. Recuperado de http://www.riicotec.org/InterPresent2/groups/imerso/documents/binario/guia_atencion_personas_cuidado.pdf
- Kabat-Zinn, J. (2016). *Vivir con plenitud las crisis (Ed. revisada y actualizada): Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para enfrentarnos al estrés, el dolor y la enfermedad*. Recuperado de <https://st1.ning.com/topology/rest/1.0/file/get/2185111?profile=original>

Formulario para el control del tratamiento

Nombre del paciente:
Edad paciente:
Patología del paciente:
Aguda ___ Crónica ___
Nombre del cuidador:

Alergias del paciente:
Fecha de actualización de este formulario:
Teléfono paciente/cuidador:

Nombre de la medicación marca o genérica	Dosis (mg. unidades, dosis del inhalador, gotas)	¿Cuándo tomarla? ¿Cantidad de veces al día? ¿Por la mañana o por la tarde? ¿Con las comidas?	Fecha de inicio	Fecha de termino	Control requerido (por ejemplo: examen de laboratorio cada ___ semanas)	Recetado Por:

Medicaciones sin receta médica (marque todas las que su familiar utiliza regularmente)

- ☐ Alivio de alergias, antihistamínico
- ☐ Antiácidos
- ☐ Aspirina / otras para alivio del dolor, de cabeza u otros
- ☐ Laxantes
- ☐ Vitaminas, minerales
- ☐ Medicinas para el resfrió /tos
- ☐ Pastillas para adelgazar
- ☐ Pastillas para dormir
- ☐ Hierbas, suplementos dietéticos
- ☐ Otros (escriba abajo):

Programa del Cuidador Principal

Hospital Doctor Sótero del Río

Etapa I: Pauta de Evaluación de las Necesidades del Cuidador Informal

Nombre usuario:	Fecha de inicio: ____/____/____
Patología:	Fecha de término: ____/____/____
Nombre del cuidador:	Relación con el usuario:

PAUTA DE EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DEL CUIDADOR INFORMAL

¿Viven su familiar y usted en la misma casa o departamento? ☐ Sí ☐ No

En caso negativo, viven en el mismo: ☐ Pueblo o vecindario ☐ Ciudad ☐ País

¿Trabaja usted en uno o más lugares?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, trabaja: ☐ Tiempo Completo ☐ Medio Tiempo

Si trabaja medio tiempo, ¿cuántas horas por semana? _____

¿Tiene usted hijos menores de 18 años? ☐ Sí ☐ No

¿Es usted un cuidador de alguien más con problemas médicos o discapacidades?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, es cuidador de:

☐ Niños ☐ Otros adultos

¿Tiene usted algún problema de salud que lo afecte como cuidador? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, estos problemas se deben a: (marque todos los que correspondan)

☐ Artritis ☐ Asma ☐ Problemas de espalda ☐ Diabetes ☐ Otro

¿Cual?

¿Lo ayudarán otras personas (como familiares o amigos) a cuidar a su familiar?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, viven en el mismo: ___ Edificio, casa o apartamento
 ___ Pueblo o vecindario
 ___ Ciudad
 ___ Estado
 ___ País

ACERCA DE AYUDAR A SU FAMILIAR

Como cuidador, usted puede ser responsable de la ayuda que su familiar necesita en casa. A continuación, se ofrece una lista de muchas de las cosas que pueden necesitar hacerse. Para cada punto, señale una de las siguientes opciones: Soy capaz de ayudar sin entrenamiento, Sería capaz de ayudar con entrenamiento, o No soy capaz de ayudar. Si su familiar no necesitará ayuda con uno o más de los puntos, omítalo y siga con el resto de la lista.

Qué se debe hacer	Soy capaz de ayudar SIN saber cómo hacerlo	Soy capaz de ayudar CON conocimiento de cómo hacerlo	No soy capaz de ayudar
Bañarse (asearse en la ducha, tina o fregadero).			
Vestirse (vestirse y desvestirse).			
Comer.			

Higiene personal (como lavar los dientes).			
Aseo personal (como lavarse el cabello y cortarse las uñas).			
Ir al baño (ir al baño o cambiar pañales).			
Trasladarse (como moverse de la cama a una silla).			
Movilidad (incluye caminar).			
Medicación (pedir medicaciones, organizarlos, y dar todas las medicaciones según fueron recetadas).			
Controlar síntomas (como dolores o náuseas).			
Equipo (como oxígeno, IV o infusión).			
Coordinar el cuidado del paciente (incluye hablar con médicos, enfermeras y otros trabajadores de la salud).			

Concertar y cumplir citas.			
Conducir o ayudar con el transporte (como automóvil, autobús o taxi).			
Tareas del hogar (como ir de compras, cocinar y lavar).			
Ocuparse de las finanzas (incluye ir al banco y pagar las cuentas).			

Acerca de los servicios domiciliarios/comunitarios

Si su familiar ha recibido cuidado domiciliario u otros servicios similares anteriormente, converse (hable) acerca de ellos con la enfermera o el administrador del caso. Tal vez, también quiera discutir algunas de las opciones incluidas en la sección de Otros servicios mencionada abajo.

Señale todos los servicios que su familiar ha recibido antes de esta admisión:

Otros servicios

☐ Acompañante domiciliario

☐ Residencia ☐ Comidas preparada ☐ Transporte

☐ Centros de día del adulto mayor ☐ Sistema de emergencia ☐ Otros

¿Cuales?

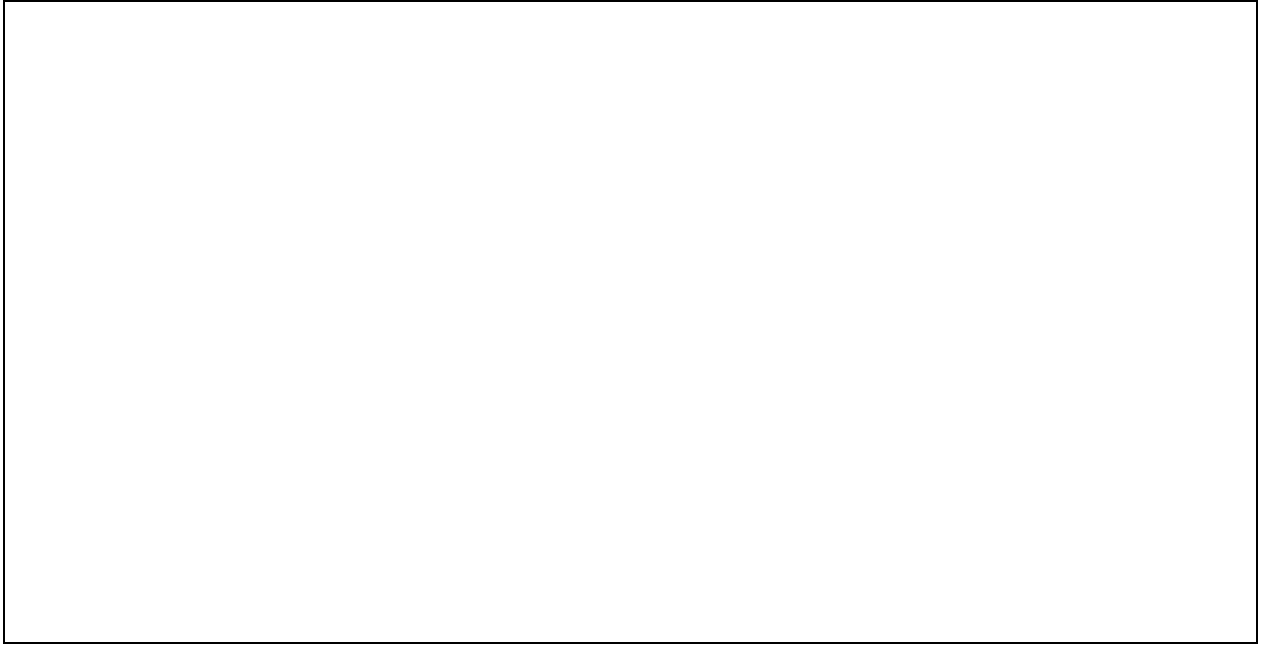
--

Inquietudes

Ser un cuidador familiar es una gran responsabilidad. A veces me/le preocupa: (marque todas las opciones que correspondan).

- ☐ Mi/su nivel de estrés y cómo controlarlo.
- ☐ Cómo conseguir tiempo libre (descansar de ser un cuidador familiar).
- ☐ Lo que la enfermedad de mi familiar significa para mí y para otros que se preocupan por él o ella.
- ☐ Cómo manejar las medicaciones y el cuidado de mi familiar.
- ☐ Cómo lidiar con el comportamiento (como rehusarse a comer o bañarse) o los sentimientos (como ira, resistencia y resentimiento) de mi familiar.
- ☐ Si mi familiar está a salvo en casa o qué hacer si deambula.
- ☐ Dónde vive mi familiar, y si necesita trasladarse (cómo mudarse a una casa de reposo o a una institución de vida asistida).
- ☐ Tomar decisiones por mi familiar sobre el cuidado de su salud (ser el representante para ☐ fines de atención médica).
- ☐ Cómo hablar sobre lo que está sucediendo con otros familiares o amigos.
- ☐ Temas legales (como por ejemplo Testamento en vida, Poder legal, y otros actos administrativos).
- ☐ Cómo pagar el cuidado.
- ☐ Qué hacer si mi familiar necesita cuidados terminales.

Notas y preguntas

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for writing notes and questions. It occupies the majority of the page below the header.

PAUTA DE EVALUACIÓN INDICADORES DE SALUD

Indicador	FÓRMULA DE CÁLCULO	CÁLCULO TASA REINGRESO A LOS 7 DÍAS	
Tasa de Reingreso Hospitalario	(N° de altas con reingresos en $t < 8$ días/ N° de altas, con tipo de alta distinto a la muerte) *100	N° altas con reingreso (AR):	_____
		N° altas de hospitalización (AH):	_____
		(AR)/(AH) = (_____) ARAH	
		(ARAH)*100 = _____ % tasa de reingreso hospitalarios a los 7 días	
	¿Participo en la intervención? Sí/No	Fecha de actualización: ____/____/____ dd mm año	
	FÓRMULA DE CÁLCULO	CÁLCULO TASA REINGRESO A LOS 30 DÍAS	
	(N° de altas con reingresos en $7 < t < 31$ días/ N° de altas, con tipo de alta distinto a la muerte) *100	N° altas con reingreso (AR) =	_____
		N° altas de hospitalización (AH) =	_____
		(AR)/(AH) = (_____) ARAH	
		(ARAH)*100 = _____ % tasa de reingreso hospitalarios a los 30 días	
	¿Participo en la intervención? Sí/No	Fecha de actualización: ____/____/____ dd mm año	
Estancia Media de Reingresos Hospitalario	FÓRMULA DE CÁLCULO	CÁLCULO ESTANCIA MEDIA DE LOS REINGRESOS DE 7 DÍAS	
	Sumatoria de la diferencia entre la fecha de alta (FA) y la fecha del reingreso en $t < 8$ días (FR) dividido por el N° de altas en el mes de medición	Sumatoria: $(FA_{P1} - FR_{P1}) + (FA_{P2} - FR_{P2}) + \dots (FA_{PN} - FR_{PN}) = SMpr$ P1 = paciente 1 reingresado durante los primeros 7 días; P2 = paciente 2 reingresado durante los primeros 7; PN = cantidad de pacientes reingresado durante los primeros 7; SMpr = Sumatoria pacientes reingresados durante los primeros 7	
		SMpr = _____	
		N° de altas en el mes de medición (NAm) = _____	
		(SMpr)/(NAm) = _____	
	¿Participo en la intervención? Sí/No	Fecha de actualización: ____/____/____ dd mm año	
	FÓRMULA DE CÁLCULO	CÁLCULO ESTANCIA MEDIA DE LOS REINGRESOS A LOS 30 DÍAS	
	Sumatoria de la diferencia entre la fecha de alta (FA) y la fecha del reingreso entre $7 < t < 31$ días (FR) dividido por el N° de altas en el mes de medición	Sumatoria: $(FA_{P1} - FR_{P1}) + (FA_{P2} - FR_{P2}) + \dots (FA_{PN} - FR_{PN}) = SMpr$ P1 = paciente 1 reingresado durante $7 < t < 31$ días ; P2 = paciente 2 reingresado durante $7 < t < 31$; PN = cantidad de pacientes reingresado durante $7 < t < 31$; SMpr = Sumatoria pacientes reingresados durante $7 < t < 31$	
		SMpr = _____	
		N° de altas en el mes de medición (NAm) = _____	
		(SMpr)/(NAm) = _____	
	¿Participo en la intervención? Sí/No	Fecha de actualización: ____/____/____ dd mm año	

Programa del Cuidador Principal

Hospital Doctor Sótero del Río

Etapa I y III: Cuestionarios

Nombre usuario:	Fecha de inicio: ____/____/____
Patología:	Fecha de término: ____/____/____
Nombre del cuidador:	Relación con el usuario:

Instrucciones

Estamos muy agradecidos de que se integren a nuestro programa para cuidadores de personas mayores de nuestra unidad.

Los cuestionarios que se presentan a continuación nos permitirán hacernos una idea más clara acerca de usted y de su familiar o conocido, y, por tanto, poder ayudarlos mejor con respecto a su tratamiento. Para completarlos, le pedimos que:

- Los responda la **misma persona, al mismo tiempo**. Esto nos asegurara tener más confianza en los resultados que hemos diseñado para el tratamiento de nuestros pacientes y poder mejorar a futuro nuestros servicios.
- **Señale la hora y fecha de inicio y término** de estos en la sección correspondiente de la primera página.
- Esta persona debe ser la que pase o vaya a **pasar la mayor cantidad de tiempo (3 o más horas diarias, por 4 o más días de la semana) encargándose del cuidado del adulto mayor que se encuentra hospitalizado, tras su alta médica**.
- La persona que los complete debe **ser tener 18 o más años**.

Si tiene alguna duda o algo que no haya entendido, pregunte a alguno de los profesionales con que se haya entrevistado o encargados del servicio de medicina del hospital. Revise que no le quede ninguna pregunta sin responder, y una vez que termine devuélvaselos a la misma persona que se los entrego en primer lugar.

SF-12v2 Health Survey. (Calidad de Vida)

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted, y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

Excelente ☐ **Muy Buena** ☐ **Buena** ☐ **Regular** ☐ **Mala** ☐

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal.

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita mucho
1. Su salud actual, ¿Le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿Cuánto?	☐	☐	☐
2. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	☐	☐	☐
3. Subir varios pisos por la escalera	☐	☐	☐

Durante las 4 últimas semanas, ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Sí	No
4. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	☐	☐
5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	☐	☐

Durante las 4 últimas semanas, ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (Como estar triste, deprimido, o nervioso)?

	Si	No
6. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	☐	☐

7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan ☐ ☐
cuidadosamente como de costumbre, **por algún problema**
emocional?

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada ☐ Un poco ☐ Regular ☐ Bastante ☐ Mucho ☐

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido, y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responde lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuánto tiempo...

	Siempre	Casi Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
10. se sintió calmado y tranquilo?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. tuvo mucha energía?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. se sintió desanimado y triste?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿Con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

☐ Siempre ☐ Casi siempre ☐ Algunas veces ☐ Sólo alguna vez ☐ Nunca

Escala General de Autoeficacia

	Nada Cierto	Poco Cierto	Muy Cierto	Totalmente Cierto
1. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero, aunque alguien se me oponga.	☐	☐	☐	☐
2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	☐	☐	☐	☐
3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.	☐	☐	☐	☐
4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.	☐	☐	☐	☐
5. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.	☐	☐	☐	☐
6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	☐	☐	☐	☐
7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.	☐	☐	☐	☐
8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.	☐	☐	☐	☐
9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.	☐	☐	☐	☐
10. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	☐	☐	☐	☐

Escala de estrés percibido

Las preguntas de esta escala te hacen acerca de tus sentimientos y pensamientos durante el último mes. En cada caso, se le pedirá que indique dando vueltas a *la frecuencia* con la que se sintió o pensó de cierta manera.

0 = Nunca 1 = Casi nunca 2 = Algunas veces 3 = Bastante a menudo 4 = Muy a menudo

	0	1	2	3	4
1. En el último mes, ¿cuántas veces te has enfadado por algo que sucedió inesperadamente?	☐	☐	☐	☐	☐
2. En el último mes, ¿cuántas veces ha sentido que no podía controlar las cosas importantes de su vida?	☐	☐	☐	☐	☐
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso y "estresado"?	☐	☐	☐	☐	☐
4. En el último mes, ¿cuántas veces se ha sentido seguro acerca de su capacidad para manejar sus problemas personales?	☐	☐	☐	☐	☐
5. En el último mes, ¿cuántas veces ha sentido que las cosas iban a su manera?	☐	☐	☐	☐	☐
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha descubierto que no podía hacer frente a todas las cosas que tenía que hacer?	☐	☐	☐	☐	☐
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sido capaz de controlar las irritaciones en su vida?	☐	☐	☐	☐	☐
8. En el último mes, ¿cuántas veces ha sentido que estaba al tanto de las cosas?	☐	☐	☐	☐	☐
9. En el último mes, ¿cuántas veces se ha enfadado por cosas que estaban fuera de su control?	☐	☐	☐	☐	☐
10. En el último mes, ¿cuántas veces ha sentido que las dificultades se acumulaban tan alto que no podía superarlas?	☐	☐	☐	☐	☐

Escala multidimensional del soporte social percibido

Instrucciones: Ahora quisiera hacerle preguntas en un área totalmente diferente. Estamos interesados en saber más sobre qué tipo de ayuda usted tiene alrededor de usted cuando se enferma. Para cada una de las 12 declaraciones siguientes, leeré la declaración y después le preguntaré si usted esta [de acuerdo], [desacuerdo], o [ni de acuerdo o desacuerdo] con la declaración. Escuche cada declaración cuidadosamente, y después indique cómo usted se siente sobre cada declaración.

Hay una persona especial que está cerca cuando tengo necesidad.

Usted esta, de acuerdo, desacuerdo, o ni de acuerdo o desacuerdo con la declaración.

1. Si respondió que esta “de acuerdo:” Usted está de acuerdo, moderadamente, fuertemente, ¿o muy fuertemente? Marque la respuesta.

1 Muy fuertemente desacuerdo	2 Fuertemente desacuerdo	3 Ligero desacuerdo	4 Ni de acuerdo ni de desacuerdo	5 Ligeramente de acuerdo	6 Fuertemente de acuerdo	7 Muy fuertemente de acuerdo
---------------------------------------	--------------------------------	---------------------------	--	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------

2. Hay una persona especial con quien puedo compartir mis alegrías y dolores.

1 Muy fuertemente desacuerdo	2 Fuertemente desacuerdo	3 Ligero desacuerdo	4 Ni de acuerdo ni de desacuerdo	5 Ligeramente de acuerdo	6 Fuertemente de acuerdo	7 Muy fuertemente de acuerdo
---------------------------------------	--------------------------------	---------------------------	--	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------

3. Mi familia realmente me trata de ayudar.

1 Muy fuertemente desacuerdo	2 Fuertemente desacuerdo	3 Ligero desacuerdo	4 Ni de acuerdo ni de desacuerdo	5 Ligeramente de acuerdo	6 Fuertemente de acuerdo	7 Muy fuertemente de acuerdo
---------------------------------------	--------------------------------	---------------------------	--	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------

4. Yo recibo el apoyo y ayuda emocional que necesito de mi familia.

1 Muy fuertemente desacuerdo	2 Fuertemente desacuerdo	3 Ligero desacuerdo	4 Ni de acuerdo ni de desacuerdo	5 Ligeramente de acuerdo	6 Fuertemente de acuerdo	7 Muy fuertemente de acuerdo
---------------------------------------	--------------------------------	---------------------------	--	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------

5. Tengo una persona especial que es una verdadera fuente de consuelo para mí.

1 Muy fuertemente desacuerdo	2 Fuertemente desacuerdo	3 Ligero desacuerdo	4 Ni de acuerdo ni de desacuerdo	5 Ligeramente de acuerdo	6 Fuertemente de acuerdo	7 Muy fuertemente de acuerdo
---------------------------------------	--------------------------------	---------------------------	--	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------

6. Mis amigos realmente tratan de ayudarme.

1 Muy fuertemente desacuerdo	2 Fuertemente desacuerdo	3 Ligero desacuerdo	4 Ni de acuerdo ni de desacuerdo	5 Ligeramente de acuerdo	6 Fuertemente de acuerdo	7 Muy fuertemente de acuerdo
---------------------------------------	--------------------------------	---------------------------	--	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------

7. Puedo contar en mis amigos cuando las cosas van mal.

1 Muy fuertemente desacuerdo	2 Fuertemente desacuerdo	3 Ligero desacuerdo	4 Ni de acuerdo ni de desacuerdo	5 Ligeramente de acuerdo	6 Fuertemente de acuerdo	7 Muy fuertemente de acuerdo
---------------------------------------	--------------------------------	---------------------------	--	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------

8. Puedo hablar de mis problemas con mi familia.

1 Muy fuertemente desacuerdo	2 Fuertemente desacuerdo	3 Ligero desacuerdo	4 Ni de acuerdo ni de desacuerdo	5 Ligeramente de acuerdo	6 Fuertemente de acuerdo	7 Muy fuertemente de acuerdo
---------------------------------------	--------------------------------	---------------------------	---	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------

9. Tengo amigos con quienes puedo compartir mis alegrías y dolores.

1 Muy fuertemente desacuerdo	2 Fuertemente desacuerdo	3 Ligero desacuerdo	4 Ni de acuerdo ni de desacuerdo	5 Ligeramente de acuerdo	6 Fuertemente de acuerdo	7 Muy fuertemente de acuerdo
---------------------------------------	--------------------------------	---------------------------	--	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------

10. Hay una persona especial en mi vida que le importa mis sentimientos.

1 Muy fuertemente desacuerdo	2 Fuertemente desacuerdo	3 Ligero desacuerdo	4 Ni de acuerdo ni de desacuerdo	5 Ligeramente de acuerdo	6 Fuertemente de acuerdo	7 Muy fuertemente de acuerdo
---------------------------------------	--------------------------------	---------------------------	--	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------

11. Mi familia está dispuesta a ayudarme a tomar decisiones.

1 Muy fuertemente desacuerdo	2 Fuertemente desacuerdo	3 Ligero desacuerdo	4 Ni de acuerdo ni de desacuerdo	5 Ligeramente de acuerdo	6 Fuertemente de acuerdo	7 Muy fuertemente de acuerdo
---------------------------------------	--------------------------------	---------------------------	--	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------

12. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.

1 Muy fuertemente desacuerdo	2 Fuertemente desacuerdo	3 Ligero desacuerdo	4 Ni de acuerdo ni de desacuerdo	5 Ligeramente de acuerdo	6 Fuertemente de acuerdo	7 Muy fuertemente de acuerdo
---------------------------------------	--------------------------------	---------------------------	--	--------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------

BIPQ: Cuestionario breve sobre percepción de la enfermedad

Para las siguientes preguntas, por favor marque con un círculo el número que corresponda a su opinión:

¿En qué medida la enfermedad afecta la vida de su familiar?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No la afecta en absoluto					Afecta gravemente su vida					
¿Cuánto tiempo cree que durará la enfermedad?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muy poco tiempo					Toda la vida					
¿Cuánto control cree que tiene sobre la enfermedad de su familiar?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningún control					Control absoluto					
¿En qué medida cree que el tratamiento puede ser útil para la enfermedad de su familiar?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada					Extremadamente útil					
¿En qué medida nota los síntomas o molestias de su familiar por la enfermedad?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningún síntoma					Muchos síntomas graves					
¿Cuánto le preocupa la enfermedad de su familiar?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me preocupa nada					Me preocupa mucho					
¿Hasta qué punto comprende en qué consiste la enfermedad de su familiar?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No la comprendo para nada					No la comprendo para nada					
¿Cuánto le afecta la enfermedad de su familiar a nivel emocional? (por ejemplo ¿le hace sentir enfadado, asustado, alterado o deprimido?)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No me afecta en nada emocionalmente					Me afecta mucho emocionalmente					

Evaluación del índice de gestión del cuidador del cuidador (CAMI)

Calificaciones:

4. Muy útil
3. Útil
2. No es muy útil
1. No uso este

Manejo de eventos/resolución de problemas

(Por favor, marque el número que mejor describa su experiencia)

	No uso este	No es muy útil	Útil	Muy útil
1. Buscar tanta información sobre el problema como pueda.	1	2	3	4
2. Obtener tanta ayuda de profesionales y otros proveedores de servicios como pueda.	1	2	3	4
3. Hablar sobre mis problemas con alguien en quien confíe.	1	2	3	4
4. Confiar en mi propia experiencia y la experiencia que he acumulado.	1	2	3	4
5. Mantener un paso por delante de las cosas mediante la planificación por adelantado.	1	2	3	4
6. Establecer una rutina regular y apegarse a ella.	1	2	3	4
7. Establecer prioridades y concentrarse en ellas.	1	2	3	4
8. Pensar en el problema y encontrar una manera de superarlo.	1	2	3	4
9. Alterar mi entorno doméstico para hacer las cosas lo más fáciles posible.	1	2	3	4
10. Mantener a la persona enferma lo más activa posible.	1	2	3	4
11. Probar una serie de soluciones hasta que encuentre una que funcione.	1	2	3	4
12. Prevenir los problemas antes de que ocurran.	1	2	3	4
13. Obtener toda la ayuda práctica que pueda de su familia.	1	2	3	4
14. Ser firme y señalar a la persona que cuidas de lo que esperas de ellos.	1	2	3	4

ZARIT: Entrevista sobre la carga del cuidador

- A continuación, se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona.
- Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así.
- A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

1= Nunca 2= Rara Vez 3= Algunas veces 4= Bastante veces 5= Casi siempre

	1	2	3	4	5
¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Piensa que su familiar depende de usted?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	☐	☐	☐	☐	☐
Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?	☐	☐	☐	☐	☐
Total de columna					
Total					

Programa del Cuidador Principal

Hospital Doctor Sótero del Río

Cuadernillo del Cuidador

Nombre usuario:	Fecha de inicio: ____/____/____
Patología:	Fecha de término: ____/____/____
Nombre del cuidador:	Relación con el usuario:

¿Por qué cuidar a los cuidadores?

Las tareas y cargas asociadas con el cuidado son típicamente numerosas y variadas y a menudo cambian a lo largo del curso de la enfermedad. Frecuentemente se habla que los cuidadores sufren de desatención a su salud, se olvidan de su proyecto de vida, ven alteradas las dinámicas familiares y existe frustración y ansiedad por no sentirse competente para entregar el cuidado requerido. La carga de cuidado que habitualmente sobrellevan los cuidadores principales es de alta intensidad, especialmente, aquellos que cuidan a personas con alguna enfermedad.

Dadas estas responsabilidades a menudo abrumadoras, el cuidado para los miembros de la familia con se asocia con el aumento de los niveles de depresión, ansiedad y enojo, así como un mayor uso de medicamentos psicotrópicos, salud física más pobre, y la función inmune comprometida. También, las personas cuidadoras pueden presentar enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes, osteoartritis y síntomas depresivos.

Por lo tanto, los componentes del bienestar del cuidador están diseñados en respuesta al aumento de los problemas de salud mental y física asociados con las cargas y factores de estrés del cuidado familiar.

Se puede acceder a todo el material audiovisual del programa adulto mayor a través del siguiente código QR.

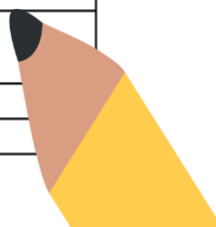


ANTES DE COMENZAR

Para muchos de los siguientes procedimientos médicos, se necesitarán materiales adicionales. Se recomienda tener estos en un lugar donde sea fácil de recordar y mantener su orden. Además, adjuntamos tablas de chequeo para que pueda corroborar que lo tiene todos antes de comenzar con la actividad (Puede encontrarlas más adelante).

Ejemplo de cómo usarla:

Materiales que necesito para: <i>Inyección de diabetes (por ejemplo)</i>	¿Lo tengo a mano?
frasco de insulina	✓
jeringa,	✓
gasa con alcohol	✓
recipiente para colocar la jeringa usada.	



Cuidados Médicos

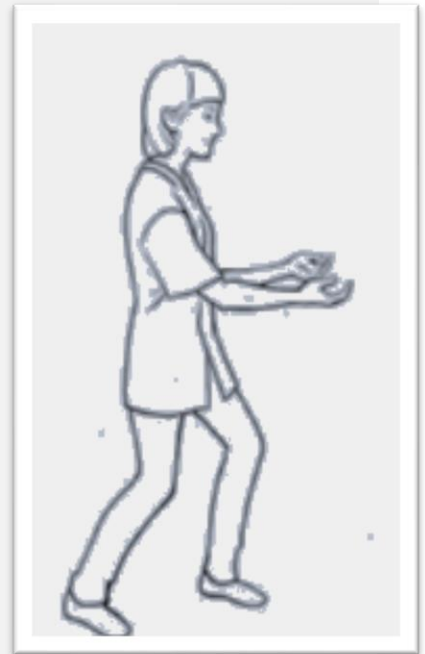
A. TRASLADO Y MOVILIDAD

Consejos previos

- Tenga la silla cerca de la cama.
- El modo adecuado para realizar una transferencia es estimulando a la persona en caso de que pueda colaborar o en el caso contrario, que sepa que se la va a mover.
- En lo posible busque el apoyo de otra persona, para evitar lesiones.
- A veces es difícil contar con apoyo de otra persona, por lo que debemos ayudarnos con algunas técnicas de movilización adecuadas a cada caso.
- Evite los movimientos bruscos, doloroso y procure que sea una actividad segura para la persona.

Postura

- Mantenga la espalda recta, alineada y sin doblarla. Flexione ligeramente las rodillas. Separe los pies, manteniendo uno ligeramente más adelantado que el otro.
- Su cuerpo debe estar muy próximo al de la persona y al tomarla, debe estar seguro de que no se le va a soltar.
- Sujete a la persona por el tronco.
- Permítale a la persona cooperar lo más que pueda.





Movimiento

- Coloque un pie en la misma dirección del movimiento. Cree un contrapeso el cuerpo y contraiga los músculos abdominales y los glúteos.
- Debe distribuir la fuerza por todos los músculos del cuerpo y no solo en los de la espalda, así evita lesiones en esa sensible zona.

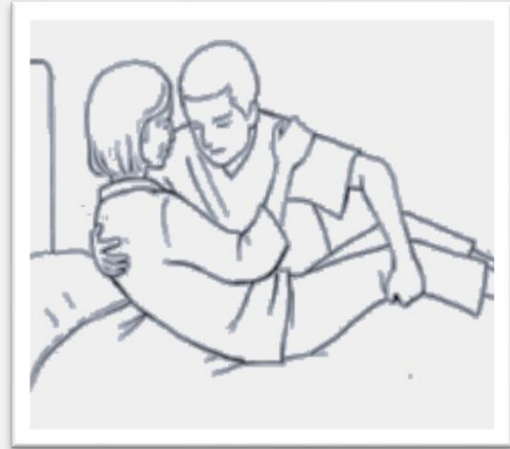
Asistencia

- Pida ayuda a un tercero si cree que el esfuerzo para mover a la persona es demasiado grande o siente inseguridad y cree se le puede caer. Debe evitar daños y secuelas en usted y la persona que cuida.

TECNICAS DE MOVILIDAD DE LA CAMA A LA SILLA

- Informe el movimiento a realizar.
- Ilumine la habitación si es necesario.
- La silla debe estar cerca. Si se trata de una silla de ruedas debe estar con los FRENOS puestos.
- Mueva a la persona de modo que quede sentada en el borde de la cama, como se muestra en las fotos. Haga este movimiento con calma, tómese el tiempo necesario y espere algunos segundos entre cada posición, para así evitar mareos.

Continúa...



Puede escanear el siguiente código QR con su celular, para poder acceder al material audiovisual que detalla el proceso de movilización.



- Una vez que la persona está sentada, ubíquese frente a la persona, inclínese flexionando sus rodillas e indíquele que con sus brazos rodee su espalda.
- Ponga sus rodillas en contacto con las de la persona. Acerque su cuerpo y solicítele que le colabore para levantarse. Mientras más aproxime su cuerpo al de la persona que movilizará, menor será el esfuerzo de su columna.
- Impúlsele con la fuerza de sus piernas, hacia usted y hacia arriba.
- Con movimientos pequeños giren juntos hacia la silla de ruedas.
- Flexiónele suavemente las rodillas de la persona para apoyarla al momento de sentarla.
- Pregunte si ha quedado cómoda.
- Acomódelo en la silla, levántelo cruzando sus brazos bajo las axilas.





Técnicas de movilidad de la cama a la silla entre dos personas

1. Colocarse cada persona a un lado de la cama.
2. Debe colocar los pies separados, así como las rodillas ligeramente flexionadas.
3. Retirar la ropa superior de la cama, así como la almohada.
4. Cada uno introduce un brazo por debajo del hombro del paciente y el otro debajo del muslo.
5. Sujetan y le levantan con cuidado hasta llevarlo a la posición deseada. Es preciso evitar fricciones y sacudidas repentinas o bruscas para lo cual puede ayudarse con una sábana para movilizar a su familiar.
6. También se pueden colocar las dos personas al mismo lado de la cama, de esta forma: La primera coloca un brazo por debajo de los hombros de la persona en cama y el otro brazo por debajo del tórax.
7. La segunda persona desliza sus brazos a la altura y por debajo de la región glútea. Entonces elevan cuidadosamente al paciente hacia la posición requerida.

Si la persona quiere o puede participar:

- Solicite a la persona en cama que ponga su brazo derecho detrás de su hombro derecho y el izquierdo detrás del hombro izquierdo de la otra persona que ayuda y que está a su izquierda.
- Al contar hasta tres lo levantan con suavidad a la posición de pie, le dan la vuelta y le sientan en la silla.

TECNICAS DE MOVILIDAD DE LA CAMA A LA SILLA, ENTRE 2 PERSONAS, CON AYUDA DE LA PERSONA

- Se le ayuda de forma similar a levantarse de la silla (entre dos personas) y se recarga de espaldas contra la cama.
- Se le pone un brazo detrás de los hombros y el otro debajo de las rodillas.
- Se gira el cuerpo y se le ayuda a levantar las piernas para ponerlas sobre la cama.
- Luego se le ayuda a moverse hacia el centro de la cama.
- En cada postura debe evitar que las extremidades o cabeza queden en posición incómoda.
- Coloque, toallas, almohadas o cojines para evitar puntos de apoyo, donde la piel está enrojecida o hay una lesión.

En caso de caídas...



- Colóquese detrás de la persona con las piernas separadas. Ayude a que se siente con el tronco derecho y apoye las manos en el suelo.
- Ponga sus pies a cada lado de las caderas de la persona.
- Agáchese flexionando las rodillas, con la espalda recta y agárrele bien de la ropa.



- Pídale a la persona que agarre sus muñecas e incline la cabeza mirándose el ombligo.
- Dígale que empuje con las manos y que haga fuerza para elevarse al mismo tiempo que levanta la cabeza. Empuje a la persona hacia usted para que los pies se desplacen hacia atrás.



- Para evitar algún desequilibrio, ponga un pie hacia atrás y empuje la pelvis de la persona mayor hacia adelante.

Consejos para reducir caídas

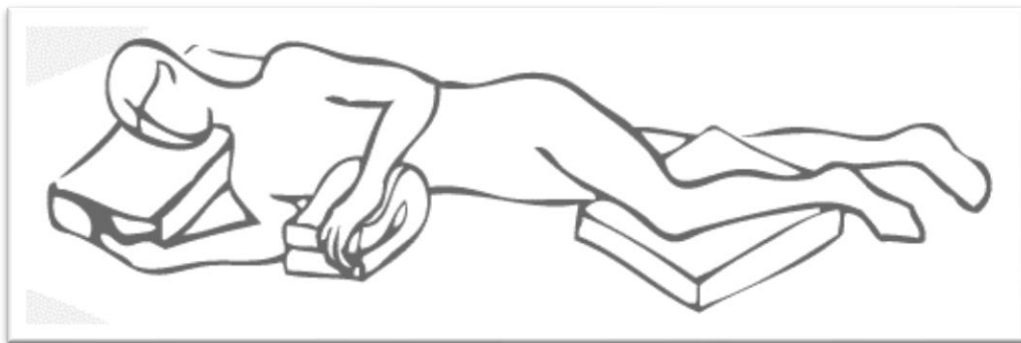
- Asegúrese que la persona use zapatos con poco taco y suela de goma para evitar que se resbale.
- También que use ropa cómoda, con velcro o elásticos, fácil de poner y sacar.
- Vigile cuando la persona se levante de la cama. Lo debe hacer lentamente, primero estar sentada y luego ponerse de pie, esperar para iniciar la caminata, para evitar los mareos.
- Anímela a realizar ejercicios de acuerdo con su nivel de funcionalidad.
- Revise con el médico si es necesario la utilización de un dispositivo de ayuda según el nivel de riesgo: bastón, andador o silla de ruedas.
- Revise con el médico todos los medicamentos que esté usando para verificar si alguno tiene efectos que aumente el riesgo de caídas.

Prevenir caídas en el hogar

- Evite que haya obstáculos que faciliten las caídas como los cables en el suelo, juguetes o muebles desordenados, especialmente en los trayectos en que se desplaza la persona mayor.
- No use alfombras sueltas para evitar tropezones y resbalones.
- Adapte la casa en los lugares que pueden ser de riesgo. Ponga barandas en las escaleras, cintas antideslizantes en los escalones, cintas reflectantes en caminos poco visibles, elevador de WC, barras y antideslizantes en la tina o ducha, silla especial para ducharse sentado, ducha teléfono. Idealmente si es posible, reemplace la tina por una ducha.
- Procure que el espacio por donde se moviliza se encuentre bien iluminado. Que sea fácil de prender la luz de la pieza, el baño, pasillos y escaleras. Deje las luces encendidas en el día si el lugar es muy oscuro y en las noches deje una luz encendida para ir al baño.
- Retire los muebles que no utilice. Evite los espacios estrechos.

Posición de costado.

- **La cabeza** ha de estar alineada con la columna. Se coloca una almohada debajo de la cabeza y el cuello.
- **Los brazos** quedarán ligeramente flexionados. El brazo que queda debajo lo colocaremos por delante y bajo la almohada. El que queda por encima lo colocaremos ligeramente flexionado sobre una almohada. (La elección de las almohadas se debe a que abarcan mejor toda la extremidad, en cambio un cojín abarca una zona mucho más pequeña).
- Para evitar el apoyo excesivo sobre el hueso de la cadera, **la espalda** reposará inclinada de unos 30° a 45° hacia atrás, sobre otra almohada.
- Saque **el hombro** sobre el que apoya hacia delante para aliviar la presión sobre él.
- Ponga un cojín o almohada entre **las piernas** (desde el muslo hasta el tobillo), dejándolas semiflexionadas. La pierna que quede debajo estará casi extendida. La pierna que queda arriba, la flexionaremos y colocaremos una almohada debajo, para que la cadera quede alineada también.
- Al igual que en la posición de boca arriba, no eleve la **cabecera** más de 30° y evite mantenerla así mucho tiempo.



B. INCONTINENCIA URINARIA

Es común que las personas postradas o con pérdida de movilidad, tengan incontinencia urinaria. Cuando fracasan las medidas terapéuticas, se suelen utilizar absorbentes (como pañales), colectores externos, catéteres o sondas vesicales.

1. Como realizar cambio de pañal

Material

- Guantes, si es posible.
- Pañal.
- Jabón neutro o sólo agua, dependiendo de las indicaciones del centro de salud.
- 2 toallas de uso exclusivo.
- Bolsa para desechos.
- Torulas de algodón.
- Recipiente / lavatorio/ jarro para el agua.
- Plástico protector.

Antes de comenzar

- Explique e informe las acciones que realizará y mantenga la privacidad. Si hay terceros invítelos a salir de la habitación.
- Promueva la participación o la colaboración de su familiar o para saber si tiene alguna molestia.
- Previamente reúna todo el material necesario.
- Antes de iniciar la tarea, cierre puertas y ventanas para evitar cambios de temperatura.

- Evite movimientos bruscos, dolorosos. No desabrigue innecesariamente. No debe realizar gestos que puedan incomodar a su familiar.
- Observe las condiciones de los genitales para pesquisar irritaciones o secreciones no naturales.
- Se recomienda revisar cada 4 horas, y según necesidad cambiar pañal. Si el pañal está limpio, no lo cambie. No debe pasar más de 8 horas con el mismo pañal.

RETIRO DE PAÑAL

- Coloque plástico protector y toalla bajo la pelvis.
- Retire suavemente los adhesivos del pañal, ponga de lado a la persona, y evite que la deposición entre en contacto con cualquier otra parte del cuerpo (genitales, por el riesgo de infección), o de la cama.
- Observe si alguna zona de los genitales se encuentra enrojecida o si hay lesiones.
- Observe el estado de la orina, específicamente color, si es muy oscuro o de olor muy intenso, u otra situación que le parezca anormal, informe al equipo de salud.

Eliminación del pañal sucio

- Al retirar el pañal “sucio”, deséchelo de inmediato en una bolsa plástica.

HIGIENE

- Debe contar con un pequeño lavatorio o neceser e implementos, de uso exclusivo para el aseo de los genitales, el que debe estar preparado de manera previa al cambio de pañal.
- El aseo genital, debe realizarse en seguida al retiro del pañal utilizando las torulas de algodón con agua tibia jabonosa o con agua limpia.
- Hay que recordar, que para la mujer el aseo genital debe ser por arrastre desde la zona vaginal hacia la zona anal.
- En el caso del hombre, debe limpiar genitales, pene y testículos (glande, prepucio, pene, escroto y zona anal) así como pliegues.
- Seque suave y detalladamente, palpando.

Puede escanear el siguiente código QR con su celular, para poder acceder al material audiovisual que detalla el proceso de cambio de pañal.



Colocación del pañal

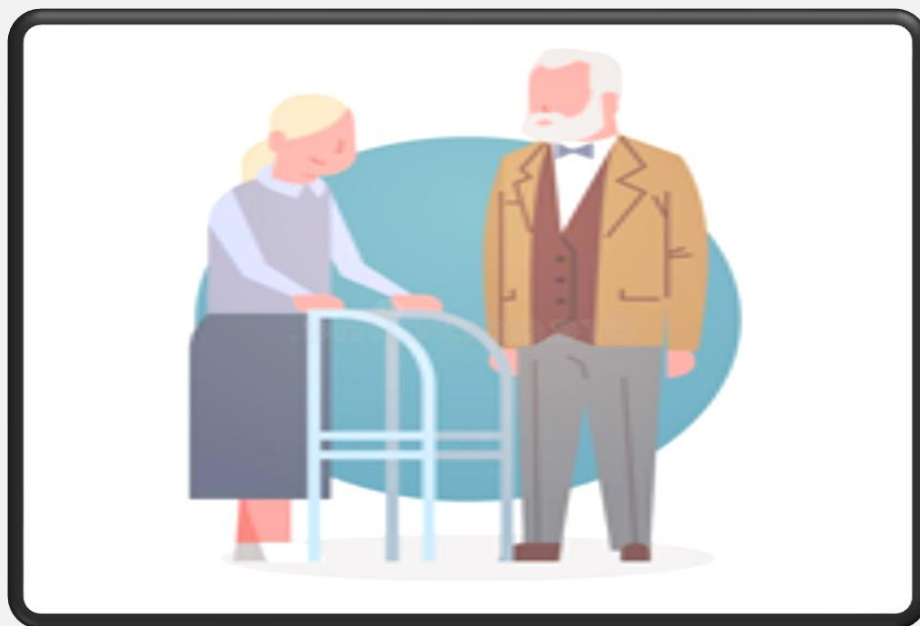
1. Lateralice a la persona.
2. Coloque el pañal limpio, éste debe quedar justo, y centrado para evitar que se puedan escapar residuos. Algunos tienen unas áreas de cierre especiales, trátelas con cuidado ya que pueden permitir abrir y cerrar para control, varias veces sin que se rompan.

Diarrea

- Si la persona tiene diarrea, puede ser importante poner un pañal adicional o una sabanilla debajo de la zona pélvica, para evitar que se manche la cama.

Aseo genital

- Reúna el material: jarro con agua tibia, bolitas de algodón, guantes quirúrgicos, un trozo de plástico como un mantel para evitar que se moje la cama, bacinica y toalla de papel.
- Descubra solo la parte inferior desde la cintura, dejando puesta la parte de arriba del pijama.
- Coloque la chata o bacinica.
- Coloque al usuario en posición cómoda: piernas flectadas y separadas. Colóquese guantes.
- Deje caer abundante agua. Para las mujeres, desde el monte de venus (el monte del pubis) hacia la zona perianal para eliminar por arrastre secreciones. Para los hombres, el agua se deja caer desde el pubis.
- Limpie una sola vez con cada algodón humedecido en agua tibia con movimientos de arriba hacia abajo, respetando el siguiente orden:



Mujeres

1. Limpie con un algodón comenzando por el pubis y pliegues inguinales. Saque otro algodón y limpie labios mayores desde borde superior hasta borde inferior sin tocar zona perianal.
2. Separe los labios mayores con el dedo índice y el pulgar de una mano y limpie labios menores y zona del meato e introito vaginal, pasando un nuevo algodón de arriba hacia abajo hasta zona perianal.

Hombres

1. Limpie la región del pubis y el pene tomándolo en ángulo de 60°.
2. Lleve prepucio hacia atrás y limpie en el siguiente orden: meato urinario, glande, corona y cuerpo del pene. Vuelva el prepucio a su lugar.
3. Limpie la zona testicular.

Continúa...

- Termine con la región anal.
- Enjuague con abundante agua tibia.
- Seque con papel higiénico o toalla de papel.
- Deje a la persona cómoda y lávese las manos.

Aseo de los ojos

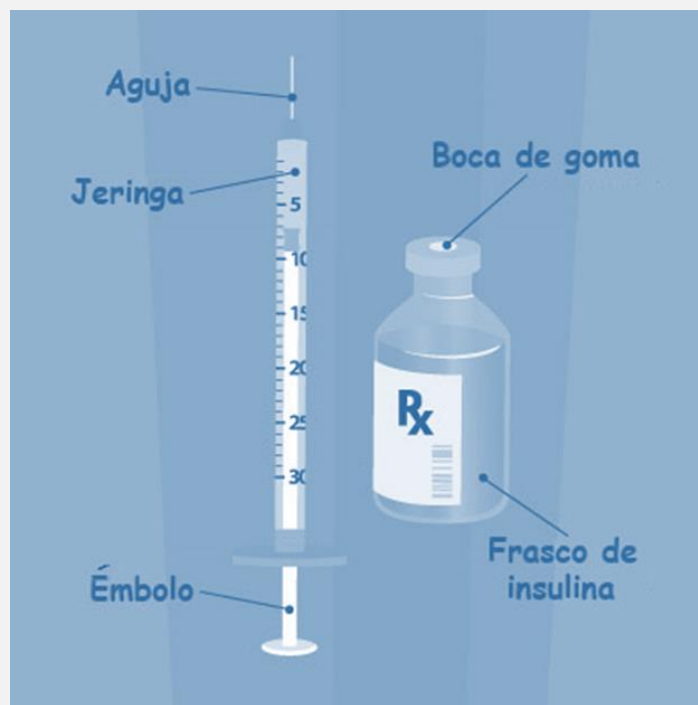
- Lávese las manos.
- Limpie con una bolita de algodón humedecida desde el ángulo interno del ojo hacia el externo (de la nariz hacia afuera). Bote el algodón y repita cada vez que sea necesario con un nuevo algodón.
- Deje a la persona cómoda y lávese las manos.
- Si la persona está con una infección, pregunte al médico o en el consultorio y vea si es necesario utilizar algún ungüento. Revise la receta indicada y respete la dosis y los tiempos.

C. INYECCION DE INSULINA

Materiales

1. Conseguir los elementos necesarios:

- Frasco de insulina.
- Jeringa.
- Gasa con alcohol.
- Recipiente para colocar la jeringa usada.



Antes de comenzar

2. Se recomienda. Lavarse las manos con agua y jabón.

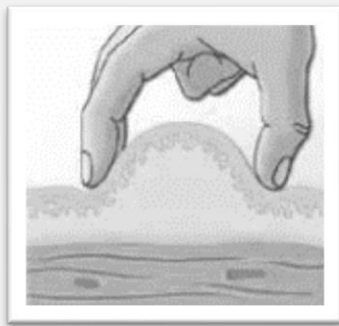
- Comprobar que la insulina corresponde con la que debe administrarse en ese momento, si el paciente debe inyectarse más de un tipo de insulina.
- Verificar la fecha del frasco de insulina para asegurarse de que no haya caducado.

3. Retire el tapón protector y Revise el aspecto de la insulina.

- Hay insulinas en que el contenido debería ser claro, incoloro y libre de partículas como las insulinas rápidas o los análogos de insulina lentos.
- Hay otras insulinas como en el caso de la insulina NPH o mezclas de insulina que su aspecto es turbio y debemos realizar su suspensión (es decir la obtención de una solución homogénea). Para ello haremos rotar la pluma entre las palmas de las manos sin agitar.

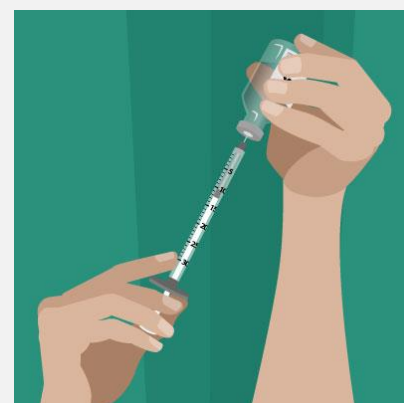
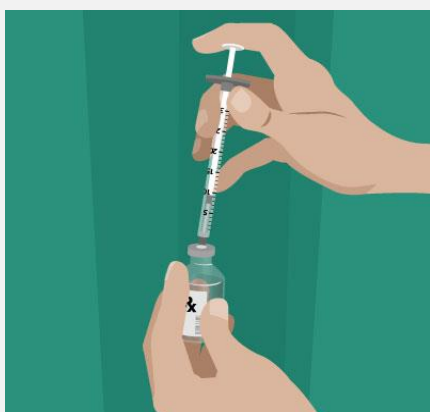
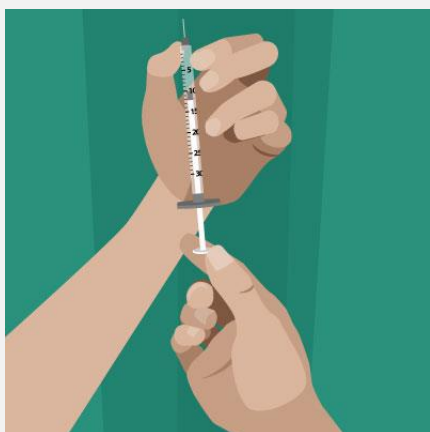
Procedimientos

1. Examinar la zona donde se vaya a administrar la insulina. No utilizar una zona que tenga bultos, morados, heridas o fisuras.
2. Limpiar el área de inyección. No es necesario desinfectar la piel con alcohol, es más importante la buena higiene y el lavado de manos.
3. Pellizcar suavemente la piel. Levantar un pliegue de piel entre los dedos pulgar e índice.

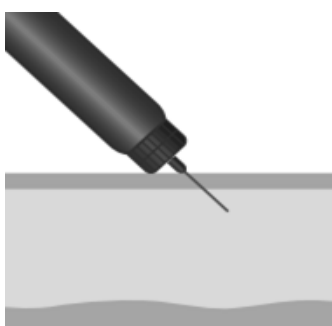


NOTA: Es necesario cuando la distancia entre la piel y el músculo es menor que la longitud de las agujas. Hacer pliegue puede ser un método seguro para evitar que la aguja llegue al músculo. El pliegue se ha de realizar con tres dedos (pulgar, índice y corazón) y se ha de soltar una vez inyectada la insulina.

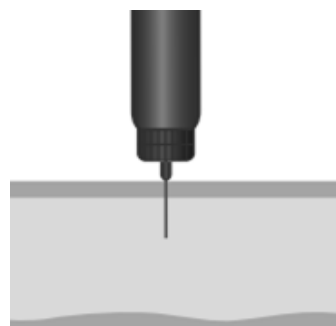
4. Coger la jeringa.
 5. Si se utilizan agujas de 4, 5 o 6 mm de largo (son las adecuadas), insertar la aguja entera en ángulo de 90° (sin embargo, con este largo de aguja no sería necesario realizar pellizco).
 6. Apretar el émbolo e inyectar toda la insulina.
 7. Soltar el pellizco.
 8. Contar hasta 10 antes de retirar la aguja de la piel.
 9. No frotar la piel después de sacar la aguja.
- En caso de utilizar agujas de 8 mm de largo, se debe insertar la aguja entera en la piel en un ángulo de 45°, sin embargo, actualmente está desaconsejado utilizar dicha longitud.
 - En el caso de brazos y muslos, se debe evitar inyectar la insulina cerca de las articulaciones.



Sin pellizco

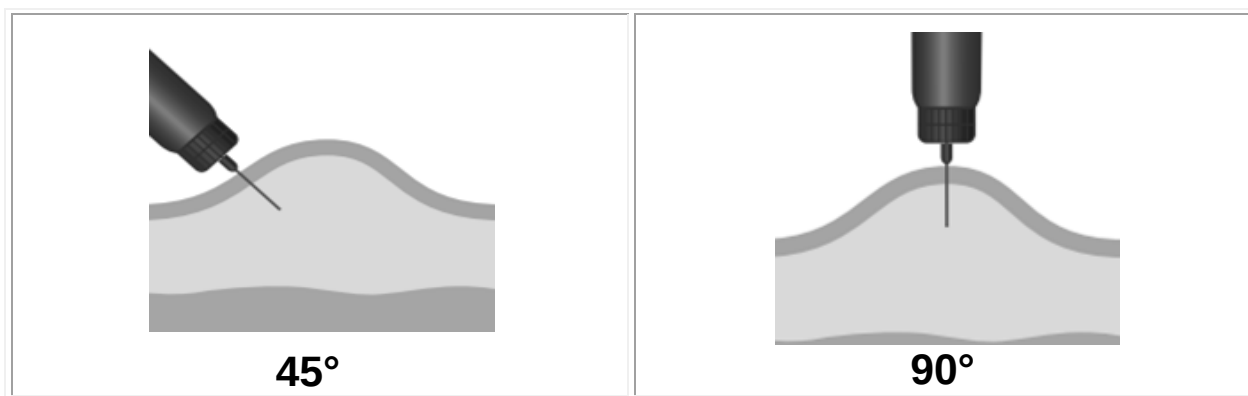


45°



90°

Con pellizco

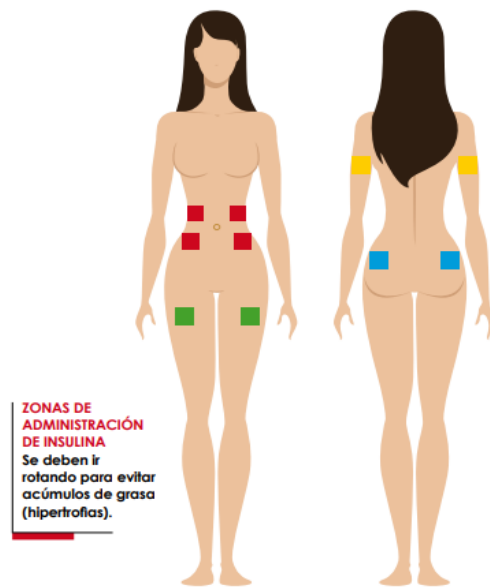


Rotación del lugar de inyección

- Es importante utilizar diferentes partes del cuerpo cada vez que se inyecta la insulina para evitar lesiones en el tejido subcutáneo que pueden dificultar la acción de la insulina.
- Se recomienda diseñar un sistema propio para hacer la rotación de las zonas de inyección, que ayuden a cambiar de zona de manera rutinaria. Si no, seguramente la educadora en diabetes podrá sugerir algunas rutinas.

Zonas de inyección

- Brazos: zona externa.
- Muslos: zona superior y lateral externa.
- Abdomen: cualquier zona abdominal en la que exista grasa subcutánea es adecuada para la administración de insulina.
- Glúteos: zona superior externa.



D. SONDAS

Sondas Vesicales

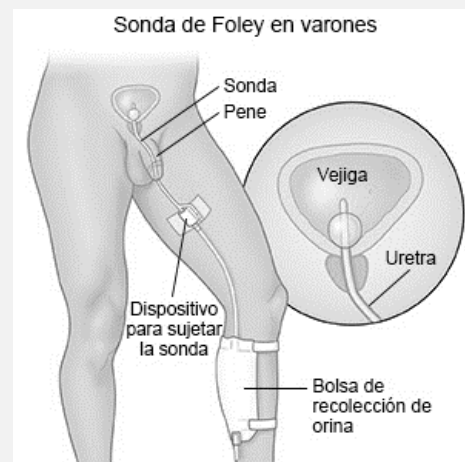
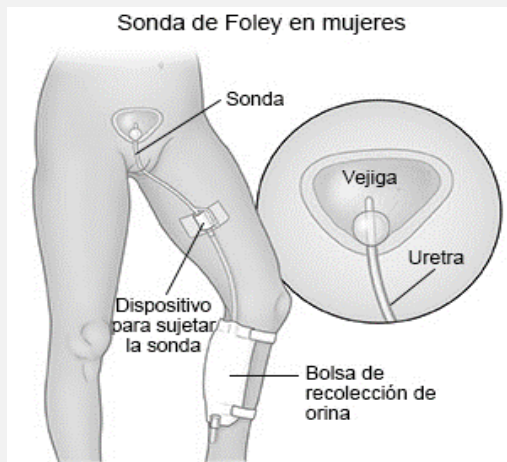
Objetivos del sondaje vesical:

- Facilitar la salida y/o vaciado al exterior de la orina en los casos de retención.
- Recoger muestras de orina estéril.

- Tratamientos intra y postoperatorios de alguna intervención quirúrgica.
- Control de la cantidad de diuresis.
- Mantenimiento de una higiene adecuada en los casos de escaras genitales.
- Tratamiento crónico de los pacientes que no pueden vaciar espontáneamente la vejiga.

Si usa sonda Foley, debe tener los siguientes cuidados:

- Evitar que se desconecte de la bolsa recolectora.
- Evitar que se doble sobre si misma o que sea aplastada por el cuerpo de la persona.
- Si en momentos de desorientación o desagrado, la persona postrada tiende a manipular la sonda, informe inmediatamente al equipo.
- Debe supervisar la bolsa recolectora, para **evitar que se llene más allá de tres cuartos de su contenido**, por el peligro del retorno de la orina a los riñones.
- La bolsa debe ser vaciada 3 a 5 veces al día.



¡ATENCIÓN!

- **La bolsa debe estar siempre más baja que la persona**, ya que en caso contrario podría retornar la orina a los riñones, puede ser fijada al colchón con alfileres o colocada en el larguero de la cama o sobre un piso, con la bacinica.
- **La sonda debe ser cambiada sólo por la enfermera.**
- Procure mantener la máxima higiene cuando tenga que manipular la sonda, cambios de bolsa, etc.
- Limpie la zona perineal (entre el ano y los genitales) cada 12 horas.
- Mantenga la sonda permeable y lávela si sospecha obstrucción.
- Vacíe la bolsa colectora cada 8 horas o cuando esté llena. La bolsa debe permanecer por debajo del nivel de la vejiga para prevenir infecciones.
- Recuerde las fechas en que se debe cambiar la sonda vesical permanente y alerte a su médico o enfermera cuando se vaya a cumplir el plazo.
- Vigile la aparición de fiebre, escalofríos o dolor lumbar y avise a su médico o enfermera si aparecen.
- Observe la orina, y si aparece turbidez, sangre o mal olor consulte a su médico o enfermera.

Puede escanear el siguiente código QR con su celular, para poder acceder al material audiovisual que detalla los cuidados de sonda Foley.



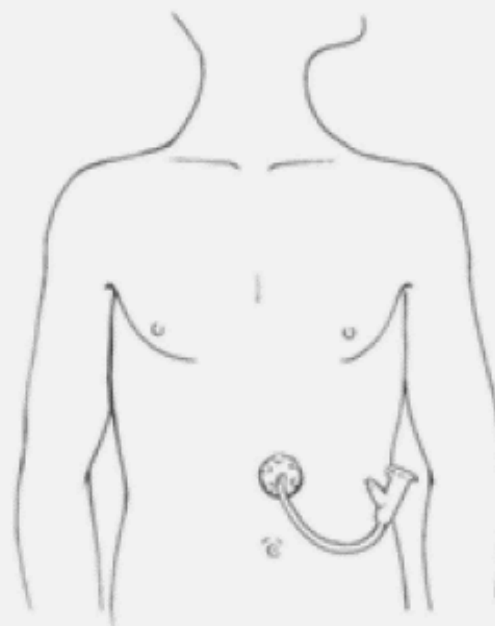
Sondas nasogástricas

Las sondas para alimentar se usan cuando existen problemas para deglutir o tragar lo alimentos debido a enfermedades neurológicas, cuando existen alteraciones anatómicas en la parte alta del tracto digestivo o, muchas veces, como un complemento para aquellos que la comida por la boca es insuficiente.

Las sondas deben ser colocadas por médicos o enfermeras capacitadas y las ostomías mediante procedimientos endoscópicos o quirúrgicos.



SONDA NASO GÁSTRICA O NASO-ENTERAL
(dependiendo si el extremo distal llega al estómago o al intestino).



GASTROSTOMÍA

Cuidado de las sondas y ostomías

El cuidado de estos accesos es fundamental, ya que su mal uso puede llevar a complicaciones como infecciones, obstrucciones e, incluso, desplazamientos. Para ello se debe contar con la explicación de alguien capacitado en el tema.

Administración de alimentos y medicamentos por gastrostomía

- Lávese las manos con agua y jabón.
- La posición para dar la alimentación debe ser.
- SIEMPRE sentado o con una elevación de la cabecera de unos 40 grados.
- Prepare el alimento (compruebe fecha de caducidad, agite y vierta en un recipiente).
- Prepare la jeringa y el agua.
- Introduzca por la entrada para la alimentación unos 20 a 30 cc de agua tibia.
- Empiece a alimentar con la jeringa.
- Pase unos 20 a 30 cc de agua al final de la comida.
- Desconecte la jeringa y tape la sonda.

En caso de que disponga de bomba de alimentación continua, administre la cantidad de fórmula en el tiempo indicado por el médico. En este caso, administre cada 6 horas unos 20 a 30 cc (2 cucharas soperas o 6 cucharitas) de agua para mantener la permeabilidad de la sonda.

Para la administración de los medicamentos:

- Mantenga la misma posición y realice la administración de agua antes y después de la administración al igual que al alimentar.
- Los medicamentos deben ser líquidos. En caso de comprimidos debe molerlos en un mortero, disolverlos en 20 cc de agua tibia y luego administrar con la jeringa a través de la sonda.

Cuidados de la gastrostomía

El alimento que se le dará al enfermo debe corresponder a una fórmula aprobada para su uso por estas vías, ya que el uso de papillas caseras u otros alimentos tiene el problema que es difícil saber si su composición (energía, proteínas, vitaminas) es la adecuada para la persona y, además, con su uso existe mayor riesgo de obstrucciones y complicaciones.



Existen fórmulas que ya vienen preparadas y listas para conectar y otras que vienen en polvo y que se deben disolver en agua previamente. La fórmula, el volumen y la velocidad a la que se debe infundir deben estar indicados por un médico o nutricionista.

- Lave diariamente la piel circundante al orificio de la gastrostomía con agua y jabón, luego seque. La piel se debe mantener siempre limpia y seca.
- Vigile si hay pérdida de alimento o jugo digestivo y compruebe diariamente el estado de la piel. Informe al médico si encuentra irritación o inflamación.
- Registre la marca (los cm.) que aparece justo sobre el tope externo (apoyado a la piel) y cuide que se mantenga igual. Si se desplaza, avise a su médico.
- Gire la sonda y el anillo de la gastrostomía una vuelta completa cada día, así evitará que se adhiera a la piel.
- Realice aseo bucal e hidrate los labios con vaselina.

Puede escanear el siguiente código QR con su celular, para poder acceder al material audiovisual que detalla los cuidados de sonda nasogástrica.



E. MEDICAMENTOS

1. **Deben ser indicados por un médico.**
2. Deben conservarse en sus envases originales y en las condiciones que le son entregadas en el centro de salud.
3. La correcta administración de los medicamentos es importante porque ayuda a mantener la salud de su familiar.
4. Si es posible, ordene los medicamentos en un pastillero.
5. Estas cajitas sirven para organizar la toma de medicamentos por día y/o por semana.
6. Fomente que su familiar, cuando pueda, colabore en la preparación del pastillero y en la verificación si se han administrado correctamente.
7. **Se sugiere el uso de un registro de medicamentos para anotar los nombres, las dosis y los horarios.**

¡ATENCIÓN!

Los medicamentos pueden curar o aliviar los síntomas. Mal administrados pueden ser un riesgo.

No son la única herramienta para lograr una buena salud. El óptimo es combinar los medicamentos con la dieta apropiada y la actividad física.

***Al final del cuadernillo se adjunta material para poder ordenar de mejor manera la medicación.*

E. EMERGENCIAS

Consejos para manejar emergencias

- Mantenga los teléfonos de emergencia actualizados: Centro de Salud y de Urgencias, Municipalidad, Seguridad Ciudadana, Bomberos, Familiares y Vecinos.
- Mantenga ordenados y al alcance la cédula de identidad de la persona en situación de dependencia y los antecedentes de salud (enfermedades, medicamentos).
- Tenga presente que al llamar algún servicio de emergencia le van a preguntar por las **características de la emergencia (donde, cómo, a qué hora)**.
- Registre en su organizador de Apoyo al Cuidado los números de teléfono de emergencia. Converse con familiares previamente para que les informe que serán personas de apoyo ante una emergencia.
- Anote en el Organizador de Apoyo al Cuidado los números de teléfonos de emergencia de familiares o amigos.

Organizador de Apoyo al Cuidado

Familiar 1	
Familiar 2	
Centro de Salud	
Ambulancia-SAPU	
Bomberos	

¿Qué debo hacer si me encuentro en una emergencia de salud?

- Lo primero a realizar es poner en alerta a los servicios de emergencia, teniendo en cuenta la información relevante a entregar. Debe mantener la calma en todo momento. La información debe ser entregada con voz clara y tranquila.
- Informe si la persona está consciente o inconsciente, si tiene fiebre, dolor, sudoración, palidez, dificultad respiratoria, vómitos, diarrea, etc.
- Informe las enfermedades de importancia (hipertensión, diabetes, asma, cardiopatías, etc.)
- Informe la dirección de su domicilio, reconociendo e indicando calles principales.
- Hora y tiempo transcurrido desde iniciada la emergencia.
- Su teléfono (para que el equipo de emergencia se pueda contactar con usted).
- No deje sola a la persona e intente manejar su estrés

Extraído y adaptado de:

- <https://www.chilecuida.gob.cl/guias-educativas/>
- https://www.drugs.com/cg_esp/retiro-de-la-sonda-de-foley.html
- <http://diabetesmadrid.org/wp-content/uploads/2015/07/Art%C3%ADculo-T%C3%A9cnicas-de-Inyecci%C3%B3n-de-Insulina-%C2%B7-SED-%C2%B7-Diabetes-Madrid.pdf>
- <https://www.innovaasistencial.com/blog/cuidado-de-mayores-sondas-2-sonda-vesical/>
- Campos, R., & Carrasco, G. (2017). *¿Qué necesito saber para cuidar a una persona mayor? Manual para el cuidador*. Recuperado de <http://sociologia.uc.cl/wp-content/uploads/2017/12/manual-del-cuidador-uc-2017-web.pdf>
- Equipo de Salud Rural. (2015). *Plan de cuidado al cuidador de usuarios con dependencia*. Recuperado de <https://www.scoquimbo.cl/gob-cl/mais/files/06-12-2017/prevencion/PLAN%20DE%20CUIDADOS%20PARA%20EL%20CUIDADOR%20%20ESR.pdf>

Autocuidado del Cuidador

A. ASPECTOS GENERALES

Cuidar a una persona mayor dependiente significa ayudarlo, respondiendo a sus necesidades básicas e intentando mantener su bienestar con la mayor calidad y calidez. El cuidador principal es la persona que asume la responsabilidad de cuidar y la supervisión de los cuidados.

Ser cuidador implica:

- Responsabilizarse de todos los aspectos de la vida del enfermo: higiene, alimentación, vestido, medicación, seguridad, etc.
- Decidir dónde y cuándo deben invertirse los esfuerzos y los recursos personales y económicos.
- Tener que afrontar la sobrecarga física y emocional que supone la dedicación continuada al cuidado.

¿Qué puede hacer para cuidarse?

- Atienda a su propia salud y bienestar.
- Evite el aislamiento y la pérdida de contactos con su entorno familiar y social.
- Pida ayuda a las personas de su entorno sin esperar a que se la ofrezcan. Comparta y delegue tareas y responsabilidades.
- Exprese sus sentimientos abiertamente.
- Valore y reconozca el esfuerzo que está realizando.
- Establezca límites ante la demanda de cuidados de la persona mayor.
- Utilice los recursos profesionales y sociales disponibles.
- Procure que no se produzca un desequilibrio entre la necesidad de cuidados y los recursos y ayudas que tenga.

Consejos generales

- Siéntese cómodamente al lado o enfrente de la persona mayor, manteniendo siempre contacto visual con ella.
- Evite usted hablar si está enfadado, espere a estar más tranquilo.
- Emplee frases cortas y sencillas. No le haga varias preguntas seguidas, dele tiempo a que responda.
- Nombre siempre a la persona o las cosas a las que se refiere, evite las interpretaciones.
- No permita que sus gestos contradigan lo que está diciendo.
- Anímele a participar en la conversación y a dar sus opiniones.
- Escúchele atentamente, muéstrole comprensión y transmítale seguridad.
- Observe cómo se expresa, los gestos que hace o la actitud que tiene le ayudarán a conocer cuáles son sus emociones y necesidades reales.
- Acérquese y mantenga algún contacto físico con la persona mayor, cójale las manos, acarícielo, etc.
- Busque temas de conversación que le interesen, comente la actualidad, repase fotografías, etc.
- Háblele como lo hace con cualquier adulto. Aunque la persona mayor tenga problemas de comprensión, nunca le trate como a un niño.
- Adáptese en todo momento a los problemas sensoriales que pueda tener la persona mayor dependiente. Asegúrese de que lleva puestas las gafas o el audífono si los usa.

¡ATENCIÓN!

Manténganse atento a las señales de sobrecarga del cuidado

Señales físicas

Cansancio, falta de apetito.

Alteraciones del sueño.

Dolores musculares, palpitaciones.

Abandono de su aspecto físico.

Señales psíquicas/ emocionales

Tristeza, sentimientos de culpa.

Disminución de la autoestima.

Cambios de humor, irritabilidad.

Dificultad para concentrarse.

Pérdida de memoria.

Señales sociales

Ruptura de las relaciones con familiares y amigos.

Desinterés por actividades que anteriormente realizaba.

Soledad y sentimiento de aísla.

B. LA COMUNICACIÓN

Un componente esencial en la atención de su ser querido es la relación entre el cuidador y los médicos. Varios estudios ya han establecido la importancia de la relación médico-paciente sobre el estado de salud del

paciente, el cumplimiento del tratamiento y la satisfacción con éste (Cecil, 1997; Green, 1994; Kaplan, 1989; Rost, 1987). Desafortunadamente, la comunicación inadecuada o limitada, entre la persona que está gravemente enferma, su cuidador, y los proveedores de atención médica finalmente influyen en la calidad de la relación. Los cuidadores informan que al salir del consultorio del médico se sienten insatisfechos, descuidados y confundidos con respecto a la condición de su ser querido. Estos sentimientos suelen ser los signos de una interacción de comunicación ineficaz entre el cuidador y el médico. Aunque es mejor que todos trabajen para asegurarse de que sus pensamientos sean claros y que otros los entiendan, con mayor frecuencia depende de usted, el cuidador y los miembros de su familia asegurarse de que la comunicación sea efectiva. Es decir, para que el médico comprenda qué información se necesita de él / ella, y que comprenda la información que usted le proporciona. Hablemos sobre lo que significa una comunicación efectiva y cómo podemos mejorarla.

La comunicación determina las relaciones y la convivencia en el domicilio. Una buena comunicación con la persona mayor dependiente promueve su autonomía, evita el aislamiento y contribuye a que se sienta bien y esté más tranquila. Usted también se sentirá mejor comunicándose con ella y podrá mostrarle afecto.

¿Qué es la comunicación?

La comunicación es un proceso interpersonal de expresión, por medio de signos verbales y no verbales, con la intención de influirse mutuamente. Es toda la información (sentimientos, pensamientos, ideas, por ejemplo) que damos o recibimos de nuestro entorno y familias, independientemente del medio que se utiliza (por voz, celulares, redes sociales, entre otras).

La comunicación efectiva

La comunicación efectiva y el intercambio de información entre el médico y usted, el cuidador, es crucial para tomar decisiones acertadas, pero comunicarse con los médicos y otros proveedores de servicios puede ser una tarea extremadamente difícil para muchos cuidadores. Los miembros de la familia en la crisis de una enfermedad potencialmente mortal generalmente no son consumidores asertivos y a menudo son malinterpretados. La comunicación efectiva se produce cuando dos o más personas intercambian información de una manera en la que ambas partes son capaces de entender el mensaje que se envía y recibe. Para que usted aumente las probabilidades de tener una interacción de comunicación efectiva con el(los) médico(s) de su(s) ser(n) es necesario:

- Ir preparado a la consulta con el médico; y
- Utilizar buenas habilidades de comunicación.

Una persona bien preparada que visita a un médico, con una lista priorizada de quejas o preguntas, historial médico relevante e información médica actual, es más probable que haga el mejor uso de la visita al médico y se sienta más satisfecho.

• Venir preparado para una visita al médico implica:

COMPRENDER EL PROBLEMA

Es importante que la persona que cuida al paciente se familiarice con todos los aspectos de

	la "problemas", por ejemplo, qué, cuándo y por cuánto tiempo. Esto puede requerir un poco de investigación y observación activa por parte del individuo, pero le proporcionará al médico una imagen contextual de lo que puede estar sucediendo. Escriba notas sobre lo que está ocurriendo y elabore una lista de preocupaciones y preguntas para discutir en su próxima visita al médico.
PRIORIZAR INQUIETUDES	La planificación de una visita al médico implica tomarse el tiempo para priorizar sus preguntas. Tenga en cuenta que los médicos tienen su propio estilo y limitaciones de tiempo; por lo tanto, su lista de preguntas debe ser breve y precisa, por ejemplo, 2-3 preguntas principales. Es posible que desee informar al médico al principio de la cita que tiene algunas preguntas que le gustaría abordar. También es una buena idea hacer una copia de las preguntas, los medicamentos actuales, los cambios en el tratamiento y los resultados de las últimas pruebas, para que el médico revise y mantenga dentro del registro de su ser querido.
HACER LOS ARREGLOS APROPIADOS PARA HABLAR CON LOS MEDICOS	Una vez que tenga lista la lista, debe pensar en cuáles serían los mejores arreglos para poder hablar con el médico sin interrupciones. Si

	planea llevar a su ser querido al médico para una cita y tiene preguntas que deben abordarse en privado, intente llevar a alguien con usted que pueda quedarse con su ser querido mientras se reúne con el médico. Si no puede tener a alguien con usted, llame a la secretaria del médico y hágale saber que le gustaría pasar unos minutos a solas con el médico y agradecería si alguien pudiera monitorearlo durante ese tiempo. Lleve consigo algo que pueda distraer a su ser querido, por ejemplo, comida, fotos, revistas, etc. Si su ser querido tiene un problema de comportamiento y le resulta difícil permanecer en un lugar, puede ser una buena idea decirle al médico que lo llamarás más tarde para hacerle algunas preguntas.
TOMAR NOTAS	Tome una libreta y un lápiz para escribir todas las cosas que necesita recordar o no entender. Es posible que desee pedirle al médico que resuma la información para poder tomar notas sobre los puntos más importantes de la visita. Esto le dará la oportunidad de investigarlo por su cuenta, consultar con otros cuidadores o familiares.
LLEGAR UNOS MINUTOS ANTES DE LA CITA	A veces, necesita completar el papeleo o reunirse con otro miembro del personal de la

oficina antes de reunirse con el médico. También puede necesitar el tiempo para hacer que su ser querido se sienta cómodo y acomodado en la oficina o en el entorno hospitalario.

- **Usar buenas habilidades de comunicación:**

La comunicación efectiva con otra persona requiere:

- (1) Buenas habilidades de escucha
- (2) Comunicación directa y
- (3) Aclarar información poco clara.

BUENAS HABILIDADES DE ESCUCHA

Cuando nos referimos a tener buenas habilidades para escuchar, estamos hablando de la capacidad de recibir información sin distraernos ni interrumpirnos. A veces, la comunicación entre dos personas se ve afectada porque la parte que escucha puede estar distraída por lo que quieren decir o responder.

COMUNICACIÓN DIRECTA

Una segunda parte importante de la comunicación efectiva es enviar mensajes de manera clara y directa. Es decir, expresar sus pensamientos o inquietudes en términos simples y claros. Esto puede requerir un poco de

	esfuerzo por parte de los remitentes porque implica organizar sus pensamientos, pero al final el resultado es una mejor comprensión de la información que se envía. Un problema común en esta situación es minimizar los síntomas o situaciones. Esto puede llevar al médico a sacar conclusiones y recomendaciones incorrectas.
ACLARACIÓN DE INFORMACIÓN POCO CLARA	El último ingrediente para una mejor comunicación entre usted y el (los) médico (s) es aclarar información que le resulte poco clara. <u>Si no entiende algo en su conversación con el médico, no dude en pedirle que sea paciente y aclare la información;</u> por ejemplo, ¿qué significa alucinación? Pídale que le dé algo para leer o que lo remita a un miembro de su personal (asistente, trabajador social, especialista en educación, etc.) para obtener más información sobre el tema en cuestión. Sea asertivo: las recomendaciones de los médicos solo son valiosas si las comprende y tiene la capacidad de ponerlas en práctica.

PEDIR AYUDA

Cuando se cuida a otra persona es necesario en muchas ocasiones pedir ayuda a los demás para poder atender otras necesidades familiares o propias (por ejemplo, tener tiempo para descansar). Algunas personas evitan hacer

peticiones a los demás y cuando lo hacen parecen disculparse o esperan ser rechazadas. Por el contrario, hay personas que pueden comportarse de modo exigente, coercitivo y hostil al hacer una petición.

Es necesario aprender a pedir ayuda, ya que la tarea de cuidar a una persona con dependencia es de alta demanda para que la realice una sola persona.

Para ello es necesario que active sus redes personales, es decir pida ayuda. Si usted cuida a un familiar, es necesario que hable con la familia y plantee que necesita que también otros familiares se hagan cargo para que usted pueda tener días y noches de descanso o para realizar sus propias acciones de cuidado.

- Tener la percepción de que se puede contar con ayuda es uno de los factores que más aporta al bienestar de las personas cuidadoras.

Existen diferentes alternativas:

- El grupo familiar.
- Los diferentes tipos de servicios públicos (sociales, de ayuda a domicilio, de salud).
- Asociaciones de autoayuda.
- Grupos de voluntariado.
- Contratar a alguien unas horas, las noches, unos días...

**Sin embargo, es muy posible que usted no esté pidiendo ayuda a nadie ni que espontáneamente se la estén ofreciendo. **

CÓMO PEDIR AYUDA

- Decir clara y directamente qué ayuda se necesita. No esperar que los demás

descubran o adivinen cuáles son sus necesidades.

- No facilitar el rechazo.
- No hay que exigir.
- Si la respuesta es afirmativa, expresar agradecimiento.
- Si la respuesta es negativa, no insistir. Hay que reconocer el derecho de la otra persona a rechazar la petición.
- Tratar de encontrar alternativas.

¡ATENCIÓN!

Recuerde, pedir ayuda no significa ser incapaz de cuidar, al contrario, es una manera adecuada de cuidar a una persona y de cuidarse a usted. Cuando pida ayuda, hágalo de manera tranquila, exponiendo lo que sucede y sin recriminar a la persona que podría ayudarle.

Recuerde, pedir ayuda no significa ser incapaz de cuidar, al contrario, es una manera adecuada de cuidar a una persona y de cuidarse a usted. Cuando pida ayuda, hágalo de manera tranquila, exponiendo lo que sucede y sin recriminar a la persona que podría ayudarle.

Practique con el siguiente ejercicio:

Lugares y personas a los que puedo pedir ayuda

Pídale a la enfermera, al administrador del caso o al asistente social que le sugieran lugares y personas con las que pueda hablar sobre sus preocupaciones.

Lugar

Persona con quien hablar

Número telefónico

Correo electrónico

Cómo esto puede ayudar

Lugar

Persona con quien hablar

Número telefónico

Correo electrónico

Cómo esto puede ayudar

C. APRENDER A PONER LIMITES

Es posible que su familiar dependiente, debido al mal afrontamiento de su enfermedad, **EXIJA MÁS AYUDA DE LA QUE REALMENTE NECESITA** o “pague” su frustración con usted, por ser la persona más cercana. Si éste es el caso, es probable que:

- Le pida ayuda para tareas que es capaz de realizar por sí misma.
- Le culpe a usted por errores que ella misma comete de forma involuntaria.
- Finja síntomas para captar más atención.
- Le reproche cuando usted pone límites razonables a sus peticiones.
- Culpe a otras personas de problemas causados por ella.
- Rechace ayudas que facilitarían las tareas de cuidado (silla de ruedas, etc.)
- Le empuje o golpee a usted o a otras personas que le atienden.
- Origine un gasto económico injustificado a la familia (por ejemplo, en llamadas de teléfono).
- Se niegue a gastar su dinero en servicios necesarios (por ejemplo, contratar a una persona para que la cuide).

Aprender a decir que “NO”, y de forma adecuada.

Algunas personas tienen dificultades para decir “No”. Esto puede llevar a que accedan a demandas y peticiones de otras personas, o bien ofrezcan excusas variadas cuando en realidad lo que desean es no hacer aquello que le piden. Por el contrario, hay personas que rechazan una petición, pero de una manera hostil y agresiva. En la situación de cuidar frecuentemente se producen demandas de la persona cuidada o de los familiares ante las cuales es importante saber “decir No”, si es lo que se desea.

- **Si lo hace de forma pasiva:** si rechaza la petición de manera poco clara y directa, con excusas (“ahora no puedo”), con vacilaciones, o derivando (“si no es que no te quiera, es que...”) ... **la persona dependiente**

seguirá insistiendo pues no encuentra un rechazo claro a su demanda o encuentra excusas: "dime cuando puedes porque necesito que me ayudes", "¿cómo que no es que no quieres?, si quisieras, lo harías".

- **Si lo hace de forma agresiva:** si rechaza la petición gritando y enfadándose ("me tienes harta", "todo el día igual", "¿no lo puedes hacer tú?", "¿te crees que no tengo otra cosa que hacer?") ... **la persona dependiente puede responder también de manera agresiva**, ("¡no se te puede pedir nada!" o **tratando de culpabilizar** ("pero ¿qué te hecho?, te pido ayuda, que yo no puedo solo y tú lo sabes y reaccionas contra mí").



¿COMO DECIR QUE NO?

1. Decir No. Dar alguna razón, pero no excusarse.
2. Asumir la responsabilidad de decir No.
3. Repetir el No ante la insistencia de los demás, de manera amable y cortés (disco rayado).
4. Si dudamos qué responder, solicitaremos más información y tiempo para pensar.

RECOMENDACIONES

- **Escuche lo que la persona quiere de usted.** Antes de rechazar cualquier petición hay que asegurarse de que entiende lo que le pide: "Dime, ¿en qué quieres que te ayude?".
- **Expresa la negativa de forma clara, breve y amable:** "No", "Lo he decidido..." **y no dé demasiados rodeos ni hable más de la cuenta.**
- **Adecue el lenguaje no verbal:** tranquilo, coherente, firme, sereno.
- **Si quiere, dé alguna razón:** "Puedes hacerlo sola". Nunca una excusa. Estás dando una razón cuando si ésta cambiase cambiaría la respuesta. La excusa se puede convertir en una trampa. Por ejemplo, si pone la excusa "ahora no puedo" para rechazar una demanda, su familiar podría preguntar "¿cuándo puedes?".
- **Expresa sus sentimientos para que la otra persona no se sienta herida:** "No me resulta agradable decirte que no, pero sé que tú puedes y que es lo mejor".
- **Póngase en el lugar de la otra persona:** "Entiendo que tu prefieres... pero...".
- **Busque alternativas y compromiso:** "Yo puedo ayudarte a empezar, pero después terminas tú". "La próxima vez lo harás sin ninguna ayuda ¿de acuerdo?".

- **Termine de forma positiva:** “Me alegro de que lo entiendas”.
- **Si la persona dependiente insiste demasiado:**
 - Repita lo mismo cuantas veces sea necesario, de manera cada vez más amable y cortés: “No voy a ayudarte, intenta hacerlo sólo, sé que puedes con un poco de esfuerzo”.
 - Déjele clara su negativa: “No quiero hacerlo”. “No voy a hacerlo”. “Te agradeceré que no me lo vuelvas a pedir”.
 - Ignore la demanda.

D. TECNICAS DE RELAJACIÓN

Respiración: Hay una relación entre la tensión interior y la tensión exterior o corporal. Cuando usted está nerviosa o nervioso su cuerpo también está tenso. Quizás note como un nudo en el estómago, o una opresión en el pecho que casi no le deja respirar, o tenga tensa la mandíbula o las cervicales, o su cara enrojezca, etc.

De la misma forma, cuando su cuerpo está relajado también usted se siente así. Por ello, conviene que aprenda y practique un **MÉTODO SENCILLO DE CONTROL DE LA RESPIRACIÓN**, compuesto por tres ejercicios diferentes, que puede usar para relajarse cuando observe alguna de las señales de tensión en su cuerpo, puesto que:

- Consigue una respiración profunda abdominal (ventral o estomacal) que utiliza los pulmones en toda su capacidad funcional.
- Regula el ritmo de inspiración (toma de aire) / espiración (expulsión de aire).
- Proporciona una respuesta contraria a la tensión, ya que provoca un estado de hipo activación (disminución del ritmo cardíaco, de la expulsión de CO₂...).
- Consigue una sensación subjetiva de relajación y bienestar.

Ejercicio 1

Objetivo: Conseguir que el aire inspirado se dirija a la parte inferior de los pulmones (respiración diafragmática inferior).

Descripción:

1. Coloque una mano sobre el vientre (por debajo del ombligo) y otra sobre el estómago.
2. Inspire el aire lentamente.

En cada inspiración, dirija el aire a llenar a la parte inferior de los pulmones, de modo que se mueva la mano colocada sobre el vientre y no la colocada sobre el estómago o el pecho.

Consideraciones prácticas:

- Puede ayudar el intentar hinchar la parte inferior del tronco contra la ropa.
- No debe forzar la respiración ni hacerla más rápida.
- Duración 2-4 minutos, seguidos de un descanso de 2 min. Se repite 3-4 veces.

Puede escanear el siguiente código QR con su celular, para poder acceder al material audiovisual que detalla la respiración diafragmática.



Ejercicio 2

Objetivo: Conseguir una espiración completa, regular y lenta.

Descripción:

1. Coloque una mano sobre el vientre (por debajo del ombligo) y otra sobre el estómago.
2. Efectúe una inspiración tal y como se ha aprendido en el ejercicio anterior.
3. Comience la espiración cerrando bastante los labios (de este modo el aire produce un leve ruido al salir, que sirve de información para ir ajustando el ritmo de la espiración). Expulse el aire poco a poco, de manera constante, como quien sopla sobre la llama de una vela sin querer apagarla de golpe.

Consideraciones prácticas:

- Para conseguir una espiración más completa es útil tratar de silbar cuando llega al final de la espiración, forzando así la expulsión del aire residual.
- También puede ser aconsejable elevar los hombros (como si se encogieran) en los momentos finales de la espiración, lo que ayuda a eliminar el aire de la parte superior de los pulmones.
- Duración 2-4 minutos, seguidos de un descanso de 2 min. Se repite 3-4 veces.

Ejercicio 3

Objetivo: Conseguir una adecuada alternancia respiratoria.

Descripción:

1. Igual que el ejercicio 2 pero sin marcar los tres tiempos de inspiración (inspirar, retener, espirar). Se realiza la respiración como un continuo.
2. Se van eliminando los sonidos que acompañan a la espiración.

Consideraciones prácticas:

- Conviene vigilar que se siga manteniendo la inspiración ventral (esto es, de la parte inferior de los pulmones).
- Duración 2-4 minutos, seguidos de un descanso de 2 min. Se repite 3-4 veces.

Extraído y adaptado de:

- <https://www.chilecuida.gob.cl/guias-educativas/>
- <https://www.innovaasistencial.com/blog/cuidado-de-mayores-sondas-2-sonda-vesical/>
- Campos, R., & Carrasco, G. (2017). *¿Qué necesito saber para cuidar a una persona mayor? Manual para el cuidador*. Recuperado de <http://sociologia.uc.cl/wp-content/uploads/2017/12/manual-del-cuidador-uc-2017-web.pdf>
- Equipo de Salud Rural. (2015). *Plan de cuidado al cuidador de usuarios con dependencia*. Recuperado de <https://www.sscquimbo.cl/gob-cl/mais/files/06-12-2017/prevencion/PLAN%20DE%20CUIDADOS%20PARA%20EL%20CUIDADOR%20%20ESR.pdf>
- García Antón, M. Á., & Campos Dompédro, J. R. (2013). Manual de habilidades para cuidadores familiares de personas mayores dependientes. Recuperado de https://www.segg.es/media/descargas/MANUAL_HABILIDADES_SEGG.pdf
- University Center for Social and Urban Research (2001) *Reach II. Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health*. Recuperado de <http://www12.edc.gsph.pitt.edu/reach2/public/manuals.html>
- Barbier, M., Moreno, M., & Sanz, S. (2011). *Guía de autocuidado y cuidado para personas cuidadoras familiares de personas mayores en situación de dependencia*. Recuperado de <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/guiaautocuidadoycuidadoserviciosintegrados.pdf>
- Martín, M. D. (2006). *Guía de atención a las personas cuidadoras*. Recuperado de http://www.riicotec.org/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/guia_atencion_personas_cuidado.pdf

NÚMERO	NOMBRE MEDICAMENTO	HORA	DOSIS
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

PRÓXIMO

CONTROL MÉDICO



DR.:

FECHA:

HORA:

LUGAR:

DR.:

FECHA:

HORA:

LUGAR:

Chequeo de materiales

Materiales que necesito para: _____	¿Lo tengo a mano?

Materiales que necesito para: _____	¿Lo tengo a mano?

Materiales que necesito para: _____	¿Lo tengo a mano?

REDES DE SOPORTE PARA ADULTO MAYOR

Servicios de Salud Adulto Mayor		
Programas	Objetivos	Contacto
Salud Responde		600 360 7777
Programa Adulto Mayor	- Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) - Examen Funcional de Adulto Mayor (EFAM). - Plan de Atención que incorpora a realizar con las personas mayores, familia y comunidad.	Centros de Salud Familiar (CESFAM)
Campaña de Vacunación	Prestación gratuita para grupos más vulnerables.	
Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	- Estimulación funcional para personas mayores con dependencia. - Fomento del autocuidado de las personas mayores en organizaciones sociales	
Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia severa	- Acciones sociosanitarias para atender la dependencia en el domicilio. - Herramientas para los cuidadores y apoyo monetario.	

	• Visitas a domicilio por parte del equipo de salud.	
Instituto Nacional de Geriatría	• Atiende a personas mayores altamente descompensadas desde un modelo integral. • El Instituto Nacional de Geriatría presta servicios a las personas mayores de 60 años, considerando a los adultos mayores de todo el país beneficiarios del sistema público de salud (FONASA), que son derivados mediante Interconsulta desde la red pública de salud (CESFAM, Consultorio u otro Hospital)	Dirección: Av. José Manuel Infante N° 370, Providencia, Santiago de Chile. 2 22 575 44 97
Centros de Salud Familiar (CESFAM) o consultorios	• Modelo de salud familiar docente-asistencial al servicio de una comunidad específico, con programas para toda la familia.	Si es atendido por FONASA, a cada persona se le asigna un consultorio según su número de domicilio.
Organizaciones Sociales (Municipalidad)		
Programas Especializados Adulto Mayor	Puente Alto Coordinadora: Carolina Torres carolina.torres@mpuentealto.cl 2810 1691	

Programa Cuidados Domiciliarios	• Psicoeducación y técnicas de autocuidado al cuidador	Puente Alto Jennifer Arcken jennifer.arcken@mpuentealto.cl 2566 1589
Centro Diurno Para el Adulto Mayor	• Promover la independencia autonomía de las personas adultos mayores para mantenerlas en su entorno social y familiar.	Puente Alto Giselle Díaz Giselle.diaz@mpuentealto.cl 2566 0461
Programa Municipal Lazos	• Promover la participación y organización de personas mayores de 60 años, autovalentes o en situación de dependencia leve que no se encuentren participando de Clubes de Adulto Mayor.	Puente Alto Gonzalo Páez Otey programa.lazos@mpuentealto.cl 2 2566 1589
Establecimientos de Larga Estadía para el Adulto Mayor (ELEAM)	• Los Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM), son una de las formas de entregar servicios de cuidado a las personas mayores.	Para obtener información acerca de las condiciones puede visitar el sitio web: www.chileatiende.gob.cl o por su número telefónico: 101
Consejo Nacional de Protección a la Ancianidad (CONAPRAN)	• Iniciativa orientada a la atención de adultos mayores dependientes física o cognitivamente en situación de vulnerabilidad que requieren cuidados de larga duración y que necesitan	Para obtener información acerca de las condiciones puede visitar el sitio web: www.conapran.cl Teléfono: 56-2 6771500 Correo: comunicaciones@conapran.cl Dirección: Tomás Moro 200 - Las Condes

	institucionalización o que ya se encuentran institucionalizados en Conapran	
--	---	--

Contactos ELEM					
Nombre	Dirección	Comuna	Teléfono	Correo electrónico	
ADAEL	MANUTARA 10635	La Florida	(2)28946051	RICHARD08_03@HOTMAIL.COM	
AMANEKER	CALLE ROJAS MAGALLANES 677	La Florida	(2)22625049	Sin información	
EDÉN	MARIANO EGANA 11513	La Florida	(2)22954667	NIKSA.NAVARRO@GMAIL.COM	
ENCUENTRO	CORREGIDOR ZANARTU 11554	La Florida	(2)22882667	No tiene	
HOGAR # 20 - CARDENALJOSE MARIA CARO	LAS GARDENIAS 9613	La Florida	(2)22818927	HOGAR20@FLROSAS.CL	
HOGAR DE ANCIANOS 2 PINOS	GUACOLDA 11556	La Florida	(2)22955207	MYRIAMCARRASCO1953@HOTMAIL.COM	
MERCEDARIAS FRANCESAS	LAS ARAUCARIAS 7930	La Florida	(2)22961696	JESSY25876@YAHOO.ES	
HOGAR DE ANCIANOS NUEVA ESPERANZA	LOS ALAMOS 2438	La Pintana	(2)28520384	NUEVAESPERANZA@LIVE.CL	
SHANAY AHIANY	RAMON BARROS LUCO 8792	San Ramón	(2)25270249	No tiene	
AÑOS DORADOS	GANDARILLAS 369	Puente Alto	(2)28482434 - (9)74668147	No tiene	
CHAVELITA	GENARO SALINAS 0230	Puente Alto	(2)28507060	No tiene	
ESPERANZA	ERNESTO ALVEAR 383	Puente Alto	(2)29852063 - (9)74668147	No tiene	
PAULA	ROMAN NUÑEZ 037	Puente Alto	(2)28519657	No tiene	
SANTA RITA DE CASTA	SAN PEDRO 448	Puente Alto	(2)28501032	JESSICAZUNIGAULLOA@HOTMAIL.COM	
CORAZON DE JESUS	MANUEL RODRIGUEZ 969	Isla de Maipo	(2)28193888	HOGAR38@FLROSAS.CL	
HOGAR # 24 - NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES	BALMACEDA 1200	Isla de Maipo	(2)28193461	HOGAR24@FLROSAS.CL	
Contactos CONAPRAN					
HOGAR DE LA REINA	CALIBORO 9037.	La Reina	222737421	lareina@conapran.tie.cl	
HOGAR NUESTRA SEÑORA DE LOS ANGELES	TOMÁS MORO 200.	Las Condes	222245813	hogartomasromo@hotmail.com	
HOGAR EL BOSQUE	LAS VIZCACHA 593.	el Bosque	225281141	elbosque@conapran.tie.cl	
HOGAR MIGUEL FRANK VEGA	AVENIDA PUERTO RICO 8133.	Lo Prado	226432823	loprado@conapran.tie.cl	
HOGAR ERNESTO PINTO LAGARRIQUE	AVENIDA TUPUNGATO 5767.	Conchalí.	226248890	conchali@conapran.tie.cl	