

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

**PROGRAMA DE ATENCIÓN A FAMILIARES DE
PERSONAS CON ALZHEIMER
(ESTUDIO REALIZADO EN LA ASOCIACIÓN
GRUPO ERMITA)**

Informe final de Investigación
presentado al Honorable Consejo Directivo
de la Escuela de Ciencias Psicológicas

Por

**AURA LUCILA VALDÉZ VALDÉZ
ELDER ROLANDO VÁSQUEZ MORENO**

Previo a optar el Título de

PSICÓLOGOS

En el grado académico de

LICENCIATURA

Guatemala, julio de 2004

CONSEJO DIRECTIVO

Licenciado Riquelmi Gasparico Barrientos
DIRECTOR ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licenciada Karla Emy Vela Díaz de Ortega
SECRETARIA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licenciada María Lourdes González Monzón
Licenciada Liliana del Rosario Álvarez de García
REPRESENTATES DEL CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licenciado Evodio Juber Orozco Edelman
REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES EGRESADOS
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Estudiante Elsy Maricruz Barillas Divas
Estudiante José Carlos Argueta Gaitán
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

c.c. Control Académico
CIEPs.
Archivo
REG. 66-2001
CODIPS 1002-2004

**DE ORDEN DE IMPRESIÓN INFORME
FINAL DE INVESTIGACIÓN**

14 de julio de 2004

Estudiantes

Aura Lucila Valdez Valdez
Elder Rolando Vásquez Moreno
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto UNDÉCIMO (11º), del Acta TREINTA Y CINCO DOS MIL CUATRO (35-2004), de la sesión del Consejo Directivo del 9 de julio de 2004, que copiado literalmente dice:

"UNDÉCIMO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: **"PROGRAMA DE ATENCIÓN A FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

AURA LUCILA VALDEZ VALDEZ
ELDER ROLANDO VÁSQUEZ MORENO

CARNET No. 9419944
CARNET No. 9420788

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Ángel Benjamín Salazar Valencia y revisado por el Licenciado Carlos Enrique Orantes Troccoli. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del informe final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para la Elaboración de Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

ID Y ENSEÑAD A TODOS


Licenciada Karla Emy Vela Díaz de Ortega
SECRETARIA

/Gladys





CIEPs. 41-2004
REG. 66-2001

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

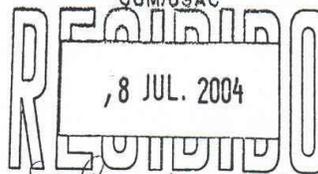
Guatemala, 5 de julio de 2004

INFORME FINAL

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
EDIFICIO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



FIRMA: [Signature] HORA: 14:00 REGISTRO: 66-01

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Carlos E. Orantes T., ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACION, titulado:

"PROGRAMA DE ATENCIÓN A FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER"

ESTUDIANTE:	CARNÉ No.
Aura Lucila Valdez Valdez	94-19944
Elder Rolando Vásquez Moreno	94-20788

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN.

Atentamente,

"D Y ENSEÑAD A TODOS"
[Signature]
LICENCIADA MAYRA LUNA DE ALVAREZ
COORDINADORA I

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA -CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"

c.c. Revisor/a
Archivo

MLDA/edr



[Signature]



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11, Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14
e-mail: usc@psic@usac.edu.gt

CIEPs. 42-2004

Guatemala, 5 de julio de 2004.

LICENCIADA
MAYRA LUNA DE ÁLVAREZ, COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA
CIEPs. "MAYRA GUTIÉRREZ"
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



LICENCIADA DE ÁLVAREZ:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACION, titulado:

**"PROGRAMA DE ATENCIÓN A FAMILIARES DE PERSONAS CON
ALZHEIMER"**

ESTUDIANTE:

CARNÉ No.

Aura Lucila Valdez Valdez
Elder Rolando Vásquez Moreno

94-19944
94-20788

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE**, y solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"DID Y ENSEÑAD A TODOS"

[Signature]
LICENCIADO CARLOS E. CRANTES T.
DOCENTE REVISOR

c.c.: Archivo
Docente Revisor/a

CEOT/edr



Guatemala, 25 de mayo de 2,004

Licenciada
Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora Centro de Investigación
Escuela de Ciencias Psicológicas
USAC

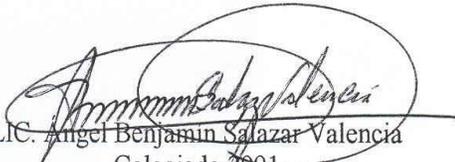
Estimada Licenciada de Álvarez:

De manera atenta me dirijo a usted, para informarle que he procedido a la asesoría del Informe Final de Investigación titulado:

“PROGRAMA DE ATENCIÓN A FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER”

Dicho proyecto fue elaborado por los estudiantes, **Aura Lucila Valdéz Valdéz**, con carné número 94-19944 y **Elder Rolando Vásquez Moreno**, carné 94-20788, para su revisión y aprobación.

El proyecto en mención, a mi criterio, llena todos los requisitos que exige el Centro de Investigación y para los usos legales firmo la presente.


LIC. Angel Benjamin Salazar Valencia
Colegiado 2991



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



cc: Control Académico
CIEPs.
archivo

REG. 66-2001

CODIPs. 714-2003

DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN Y NOMBRAMIENTO DE ASESOR

03 de julio de 2003

Estudiantes
Aura Lucila Valdéz Valdéz
Elder Rolando Vásquez Moreno
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto DÉCIMO QUINTO (15°), del Acta VEINTITRÉS GUIÓN DOS MIL TRES (23-2003), de Consejo Directivo de fecha veinticuatro de junio, que copiado literalmente, dice:

“DÉCIMO QUINTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Proyecto de Investigación titulado: **“PROGRAMA DE ATENCIÓN A FAMILIARES DE PERSONA CON ALZHEIMER”**, de la Carrera: **LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**, realizado por:

AURA LUCILA VALDÉZ VALDÉZ

CARNÉ No. 9419944

ELDER ROLANDO VÁSQUEZ MORENO

CARNE No. 9420788

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs-, resuelve aprobarlo y nombrar como asesor al Licenciado Benjamín Salazar Valencia y como revisor al Licenciado Carlos Enrique Orantes Tróccoli”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciado Ronald Solís Zea
SECRETARIO



/Gladys



Especialidades
Rehabilitación
Medicina
Integral
Tratamiento
Alzheimer

Asociación Grupo Ermita
Alzheimer de Guatemala
Miembro de



Alzheimer's Disease
International

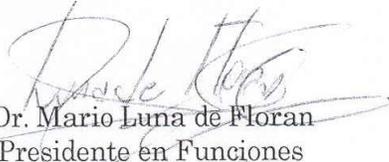
CONSTANCIA

Por este medio se deja constancia que los estudiantes de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, AURA LUCILA VALDEZ VALDEZ, con carné No. 9419944 y ELDER ROLANDO VASQUEZ MORENO con carné No. 9420788 realizaron 4 talleres a familiares de personas con Alzheimer, realizándose de la siguiente manera:

- 1er. Taller: Cambios Psicosociales de personas con Alzheimer
- 2do. Taller: Afectividad familiar a personas con Alzheimer
- 3er. Taller: Comunicación a familiares con personas con Alzheimer
- 4to. Taller: Atención familiar a personas con Alzheimer

Estos talleres se realizaron como parte fundamental de su investigación de tesis titulada "Programa de Atención a Familiares de personas con Alzheimer".

Agradeciendo la valiosa colaboración de estos estudiantes firmo y sello la presente a los treinta días del mes de Julio del dos mil tres.


Dr. Mario Luna de Florian
Presidente en Funciones
Asociación Ermita

Padrinos de Graduación

Por Aura Lucila Valdéz Valdéz

Blanca Rubí Mazariegos de Medina
Licda. en Psicología Colegiado 4,105

Teófilo Letona
Dr. Médico y Cirujano Colegiado 3,040

Juan Chojoj Mux
Dr. Médico y Cirujano Colegiado 3,147

Por Elder Rolando Vásquez Moreno

Erika Lederer Guerra
Licda. en Psicología Colegiado 1,185

José Bernardo Granados Figueroa
Dr. Médico y Cirujano Colegiado 2,325

ACTO QUE DEDICO:

A DIOS:

Por permitirme culminar mis estudios a través de los dones de sabiduría e inteligencia.

A MIS PADRES:

**RAFAEL VALDÉZ BATRES (Q.E.P.D.)
JUANA VALDÉZ DUARTE**

Por darme la vida, sus sabios consejos, el apoyo moral y económico cuando más lo necesitaba y la oportunidad de culminar mis estudios.

A MIS ABUELITOS: (Q.E.P.D.)

Que mi triunfo sirva de flores sobre su tumba.

A MIS TIOS (AS):

Con cariño.

A MIS HERMANOS (AS):

Antonina, Francisco, Bidalia, Daniel, Carmen, Ana, Emilio y Héctor, por mantener unida a la familia, servir de ejemplo, su apoyo incondicional y el amor que siempre me han brindado.

A MIS SOBRINOS (AS):

A todos con mi especial cariño, que mi triunfo sea para ellos de motivación y perseverancia.

A MIS PRIMOS (AS):

En especial a Lety, por su paciencia, ayuda y cariño que siempre me brindó.

A MIS CUÑADOS (AS):

Con especial cariño y respeto.

A MIS COMPAÑEROS (AS) DE LA PERIFÉRICA PRIMERO DE JULIO:

A todos en general, gracias por su paciencia, colaboración, cariño que siempre me brindaron en los momentos difíciles de mi carrera.

A MIS COMPAÑEROS (AS) DE LA UNIVERSIDAD:

Por los momentos agradables que compartimos, gracias por su amistad y cariño.

A MI COMPAÑERO DE TESIS:

Elder Rolando Vásquez Moreno, gracias por su amistad, cariño, respeto y por tenerme paciencia, por permitirme elaborar con él el trabajo de tesis.

A LA SEÑORA TERESA CHÁVEZ (Q.E.P.D.):

Gracias por el apoyo que me brindó cuando más lo necesité, la llevo siempre en mis oraciones.

Y A USTED:

Muy especialmente:

ACTO QUE DEDICO:

A DIOS:

Por su infinito amor y sabiduría dada para culminar mis estudios.

A MI MADRE:

MARÍA EUFEMIA MORENO MALDONADO (Q.E.P.D.)

Gracias por guiarme en el camino correcto y que el presente trabajo sea como flores sobre su tumba.

A MARÍA ELENA CABRERA GIRÓN:

Por su ayuda y comprensión.

A MI HIJO:

ELDER EDUARDO VÁSQUEZ CABRERA, con todo mi amor por ser parte de mi vida y que esto le sirva de ejemplo.

A MIS HERMANOS:

Juan Pablo, Roberto Efraín y Berta Lilia, por llenar mi vida de amor y el apoyo incondicional que siempre me brindan.

A MIS SOBRINAS:

Ligia Gabriela y Belia Alejandra con mi especial cariño, que mi triunfo sea para ellas de motivación y perseverancia.

A MI CUÑADA:

Belia del Carmen con especial cariño y respeto.

A:

Elena Girón Barrios, gracias por su cariño y comprensión que he recibido de usted, estoy eternamente agradecido.

A MIS COMPAÑEROS (AS) DE TRABAJO:

Guillermo Alberto (Q.E.P.D.), Julio César (Q.E.P.D.), Raúl Humberto, Cándido Roberto, Miguel Ángel, Oscar Armando, María Adela, Ana Lucrecia, Guisela Maricielo, Graciela, Adela Adriana y José Ismael a todos (as) gracias por su apoyo y colaboración brindada.

A MIS COMPAÑEROS (AS) DE LA UNIVERSIDAD:

Por los momentos agradables que compartimos, gracias por su amistad y cariño.

A MI COMPAÑERA DE TESIS:

Aura Lucila Valdéz Valdéz, gracias por su amistad y cariño, por ayudarme y permitirme trabajar con ella el trabajo de tesis.

Y A USTED:

Muy especialmente que Dios le bendiga.

AGRADECIMIENTOS:

A UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA Y ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS:

Por darnos la oportunidad de graduarnos como profesionales.

A ASOCIACIÓN GRUPO ERMITA:

Por su valiosa colaboración y apoyo incondicional en la realización de nuestro trabajo de tesis.

A NUESTRO ASESOR:

Ángel Benjamín Salazar Valencia, por su asesoría en nuestro trabajo de investigación, que al compartir con nosotros su amplio conocimiento nos motiva a seguir adelante.

A LA LICENCIADA MAYRA LUNA DE ÁLVAREZ Y AL LICENCIADO CARLOS ORANTES TRÓCOLI:

Por el tiempo que nos brindaron en la revisión de nuestro trabajo de investigación.

A LOS DOCENTES:

Que nos brindaron su conocimiento durante la carrera.

AL DOCTOR JUAN CHOJOJ:

Por su cariño, orientación y apoyo emocional que me brindó durante mi carrera, que Dios lo bendiga, lo recordaré siempre.

A EMPRESA MUNICIPAL DE AGUA:

Por darme la oportunidad de culminar mis estudios.

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINAS
CAPÍTULO I	1
Prólogo	1
Introducción	3
Marco teórico	5
Las emociones y sus efectos	5
Los sentimientos	6
Enfermedad de Alzheimer	7
Estudio etiopatogénico	7
Síntomas más comunes del Alzheimer	10
Cómo se diagnostica la enfermedad del Alzheimer	11
Estadios de la enfermedad de Alzheimer	12
Cuatro fases de la enfermedad de Alzheimer	13
Principios para el cuidado del paciente con demencia	13
Tratamiento	14
Cómo prevenir accidentes a la persona con Alzheimer	14

Intervención psiquiátrica y psicosocial	14
Entorno familiar de las personas con Alzheimer	16
Relación familiar con pacientes con Alzheimer	17
Premisas	18
Hipótesis de la investigación	18
Definición conceptual y operacional de las variables	18
Variable independiente	18
Variable dependiente	18
Indicadores	19
Indicador 1	19
Indicador 2	19
Indicador 3	19
Indicador 4	19
CAPÍTULO II	20
Muestra	20
Técnicas de recolección de datos	20
Talleres vivenciales	21
Encuesta	21
CAPÍTULO III	22
Presentación y análisis de resultados	22
Sistematización de talleres	22
Análisis e interpretación de resultados de la encuesta	33
Gráfica 1	33
Gráfica 2	35

Gráfica 3	37
Gráfica 4	38
Análisis general de los talleres vivenciales	39
CAPÍTULO IV	41
Conclusiones y Recomendaciones	41
Conclusiones	41
Recomendaciones	43
Bibliografía	46
Anexos	

CAPÍTULO I:

PRÓLOGO

La familia como institución tiene como función proteger, educar, alimentar, cuidar y orientar a sus miembros. Cuando una persona se enferma, la familia es la encargada de ayudar a reencontrar la salud del familiar afectado que en un determinado momento está en incapacidad de resolver problemas, enfrentar la vida y cuidar de si mismo. Además es la encargada de dar afecto y atención para que la persona enferma encuentre la comodidad y el bienestar.

En esta investigación se trabajó con familiares y cuidadores de personas con Alzheimer quienes son atendidas por Grupo Ermita, que se localiza en la zona 1 de la ciudad capital, el problema está enfocado dentro de la psicología clínica, que tiene como misión facilitar la salud mental de las personas que están expuestas a situaciones traumatizantes que deterioran la comunicación y las relaciones entre los seres humanos

La familia del enfermo con Alzheimer desconoce los orígenes de la enfermedad, no comprende los cambios que el enfermo va teniendo cuando avanza la enfermedad, generando entre la familia conflictos y necesidades que no son resueltas debido a que no tienen un programa de atención al paciente que le permita contribuir a mejorar su salud, deteriorándose las relaciones familiares como la atención, afecto, comprensión, así como las relaciones sociales, culturales, deportivas, recreativas, religiosas que apoyan el mejoramiento del enfermo.

Se encontró durante el desarrollo de esta investigación que los familiares no conocían ni comprendían los orígenes ni los efectos de la enfermedad de Alzheimer y esto provocó mala comunicación, cólera, tristeza, desesperanza, frustración y depresión dentro de los familiares. Y en consecuencia el enfermo recibió desprecio, mala atención, se le aisló e ignoró.

Para atender a las personas con Alzheimer la familia tiene algunas dificultades y limitaciones, dentro de estas se encuentran: Bajos ingresos económicos, dificultad para controlar la situación, incompreensión, intolerancia al enfermo, sentimiento de culpa, pena, vergüenza y poca ayuda psicológica institucional.

La familia del enfermo con Alzheimer necesitaba de un programa de atención que le proporcionara una serie de acciones individuales y colectivas para desarrollarlas dentro y fuera de la familia para obtener una buena comunicación, atención y afectividad para que perdure la tranquilidad, interés, entusiasmo y el optimismo en la relación con su familiar enfermo.

Como resultado de incluir a familiares y cuidadores de personas con Alzheimer dentro de talleres vivenciales, se logró diseñar un programa de atención a familiares de personas con Alzheimer, en el cual se da una herramienta psicosocial para que la familia pueda determinar los orígenes de la enfermedad, los efectos y una serie de actividades que mejoren la relación familiar y que ayuden a que el paciente sea tratado de una manera más humana y digna y así

lograr la armonía que necesita la familia para cumplir con sus funciones, y además: A) que los familiares de personas con Alzheimer mejoren la relación y atención con la persona enferma. B) que los familiares de las personas con Alzheimer identifiquen las causas y los efectos de esa enfermedad para comprender y atender de mejor manera al enfermo. C) proporcionar las herramientas teórico prácticas a familiares y cuidadores de personas con Alzheimer para lograr el mejor bienestar del enfermo.

Para elaborar este programa de atención a familiares de personas con Alzheimer, se conoció previamente como se manejaba en la familia los aspectos psicosociales, la afectividad, la comunicación y la atención con la persona con Alzheimer, la participación de estas personas dentro de los talleres permitió que ellas expresaran sus experiencias, sentimientos, emociones y conflictos, así mismo proporcionaron una serie de conclusiones y recomendaciones que fue el basamento para elaborar el programa que mejore las relaciones intrafamiliares. La experiencia como investigadores fue satisfactoria ya que durante los talleres las personas entre sus intervenciones pudieron ventilar sus experiencias negativas y traumatizantes y que al compartirlas el grupo sirvió como apoyo para recuperar la estabilidad emocional al relatar sus experiencias. Como psicólogos estos talleres nos permitieron vivir satisfacciones cuando como facilitadores, primero se logró que las personas expresaran dolor, tristeza y al descompensarse nuestra intervención las compensó nuevamente, logrando su equilibrio emocional, aspecto que nos hizo sentir satisfacción.

Dentro de los beneficios que se pudieron encontrar en este trabajo fueron los siguientes: Solidaridad grupal, confianza personal y con el grupo, disminución de la ansiedad de los participantes al compartir sus experiencias, temores, miedos, dudas y ver de la enfermedad de Alzheimer como una oportunidad para comprender y atender de una mejor manera a su familiar enfermo.

Los investigadores agradecen la valiosa colaboración de la Asociación Grupo Ermita, por haber facilitado sus instalaciones y coordinar la convocatoria de las personas que asistieron a cada uno de los talleres.

INTRODUCCIÓN:

El presente informe de investigación, tuvo como objetivo central abordar la situación que se da en las relaciones intrafamiliares de las personas que padecen Alzheimer desde la perspectiva individual, familiar y social. Así como de la situación relacionada con programas de atención.

El diseño de este programa de atención permitió recabar la información de las propias personas afectadas, teniéndose como fuente de información a cuidadores y familiares de las personas con Alzheimer, los programas que existen parten de los autores, de los textos y libros que hablan sobre la enfermedad.

La enfermedad del Alzheimer provoca en las personas un deterioro en sus capacidades cognoscitivas que poco a poco van degenerando la buena relación intrafamiliar y provocan además aislamiento en su ámbito social y laboral.

La familia como desconoce el origen y los efectos de esta enfermedad no alcanza a comprender el por qué el enfermo va perdiendo poco a poco una serie de cualidades que le hacen cambiar totalmente su forma de ser, dentro de estas cualidades que se pierden están: la memoria, el pensamiento, el lenguaje y los familiares entran en conflicto personal y de familia lo cual provoca desatención, desamor y aislamiento al enfermo con Alzheimer.

Como consecuencia, la persona con Alzheimer y sus familiares pueden manifestar emociones negativas como: Frustración, cólera, tristeza, pena, desprecio, soledad, miedo, entre otros. Cuando la situación se presenta de manera negativa, el enfermo con Alzheimer también sufre los efectos, no de la enfermedad sino de las emociones de sus familiares, llegándose a sentir incomprendidas, no apreciadas, no estimadas, desvalorizadas y también deprimidas, aspecto que no ayuda en nada a llevar con dignidad el mal que le aqueja.

La relación intrafamiliar, en algunos casos, se convierte en desesperanza, se pierde la paciencia y a veces hasta el amor.

Al existir precariedad en programas de atención, la situación sigue de la misma manera; por lo que se hizo necesario el diseño de un programa de atención y mejoramiento emocional a familiares de estas personas afectadas en su salud, que requieren comprensión, afecto, cariño y respeto.

Ante esta situación, en este trabajo se programaron y ejecutaron cuatro talleres, en donde los participantes compartieron conocimientos y experiencias vividas con sus familiares que padecen Alzheimer.

La información recibida de estos talleres sirvió para elaborar el programa de atención que beneficiará aquellas personas que lo utilizan, ya que provino de familiares que han sufrido esta situación y que los atiende el Grupo Ermita, que es una institución especializada para atender casos de Alzheimer.

Dentro de las categorías principales de esta investigación está la familia como una institución que educa, alimenta, protege y orienta a sus miembros. La enfermedad de Alzheimer tiene como característica principal el olvido, la dificultad para contar y la pérdida de capacidad de resolver problemas. También se ve afectada el área psicosocial en la familia y en las personas enfermas, ya que la persona no rinde psicosocialmente dentro del grupo, afectando su inclusión dentro de otros grupos familiares, laborales, religiosos, y recreativos. Esta situación origina que la familia se enclaustre, pierde la unidad, la comunicación, el bienestar y también se ve afectada el área económica y la salud mental.

Otras disciplinas que se relacionan con esta investigación son: la medicina, biología, educación, sociología, política, economía; que consiste en disciplinas que cuando no satisfacen las necesidades de las personas, afectan la salud mental.

La medicina, porque es la ciencia que estudia los procesos evolutivos de salud y enfermedad que permiten prevenir, diagnosticar y dar el tratamiento adecuado para restablecer la salud; la biología, es la ciencia que estudia la evolución y funcionamiento de los seres vivos; la educación, es la ciencia que se encarga de transmitir los conocimientos a través de la enseñanza y el proceso de aprendizaje; la sociología, es la disciplina que estudia la relación del ser humano con los diversos grupos, así como los medios y modos de producción para el bienestar de las personas; la política, es la ciencia que estudia el manejo del poder que de una u otra manera provoca estímulos que favorecen o desfavorecen al ser humano; la economía, es la ciencia que tiene como objetivo la producción y distribución de bienes y servicios dentro de una sociedad. Todas estas disciplinas de acuerdo a su ejecución, afectan en forma positiva o negativa su salud mental.

La relación intrafamiliar consiste en la atención, comunicación, comprensión y buen trato dentro del contexto familiar.

Este informe se encuentra organizado por capítulos, el primer capítulo se refiere al marco teórico, definiendo las emociones, los sentimientos, las características, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Alzheimer, así como sus diferentes fases. También se encuentran en este capítulo las premisas, hipótesis, definición conceptual de las variables y sus indicadores.

En el capítulo dos se describen las técnicas e instrumentos utilizados en la presente investigación.

En el capítulo tres se encuentran la presentación y análisis de resultados con sus respectivas gráficas.

En el capítulo cuatro se incluyen conclusiones y recomendaciones, así como la bibliografía, y en el apartado de anexos se agregan la planificación de los talleres y las diferentes cartas por medio de las cuales se contactó con el Grupo Ermita;

Al final de la investigación se encontró que las familias tenían limitación para manejar la problemática de sus familiares con Alzheimer, pero que están dispuestos a poner en práctica el programa de atención en donde ellos mismos colaboraron para su diseño, considerando que la persona con Alzheimer necesita de su familia y una adecuada comunicación, respeto y cariño

1.2 MARCO TEÓRICO:

1.2.1. LAS EMOCIONES Y SUS EFECTOS.

Las emociones son provocadas por los estímulos que las personas reciben pudiéndose clasificar en positivas y negativas. Dentro de las emociones positivas se tienen: La alegría, el cariño, seguridad, aprecio, estimación, respeto, amor, paz interna, entre otras. Dentro de las emociones negativas se tienen: Tristeza, pena, soledad, temor, desprecio, sufrimiento y agresividad.

No todas las personas reaccionan de la misma manera para manifestar las emociones, el amor, el miedo y la felicidad son mucho más fáciles de expresar que el sufrimiento, el disgusto y el desprecio. *La experiencia demuestra que entre hombres y mujeres existe diferencia en la expresión de las emociones, los varones son menos emotivos que las mujeres, eso no quiere decir que el varón no tenga emotividad. Las emociones como simpatía, tristeza, empatía y angustia se consideran como "poco varoniles" y a los niños se les enseña desde muy pequeños a reprimirlos en público; este fenómeno responde a un aspecto cultural en el cual se enseña que los varones no deben demostrar las emociones.* (Morris, Psicología, 1992: pp. 466 y 469)

Otra diferencia que existe entre el hombre y la mujer es que, los hombres encuentran en alguien o en algo la causa que les enoja, es decir buscan fuera de ellos el origen de su incomodidad, mientras que las mujeres lo localizan dentro de ellas, sintiéndose como las responsables de lo que les está sucediendo, esto da como resultado que los hombres toman actitudes violentas y las mujeres se depriman.

Smirnov A. A. y otros afirman: *Al conocer la realidad y transformarla con su trabajo, el hombre reacciona de una forma o de otra ante los objetos y fenómenos reales; ante las cosas, los acontecimientos, las otras personas, ante sus propios actos y su personalidad, unos fenómenos reales lo alegran, otros lo entristecen; unos le motivan admiración, otros indignación. Algunos le enojan, mientras que otros le provocan miedo, alegría, tristeza, admiración, indignación, cólera, etc. Son distintos tipos de vivencias emocionales, distintos*

tipos de actitud subjetiva hacia la realidad, distintas maneras de sentir lo que actúa sobre el sujeto.

Se comprende entonces –agregan– que las emociones y los sentimientos son el reflejo de la relación entre los fenómenos, objetos, necesidades y los motivos del sujeto, pero hay que hacer notar que no todos los objetos o fenómenos reales motivan una actitud emocional hacia ellos. Lo que sí provoca una reacción emocional es todo aquello que al ser humano le sirve directa o indirectamente para realizar sus necesidades y que están unidas a las exigencias sociales. (Smirnov y otros, 1960: 355).

Siguen afirmado Smirnov A. A. y otros, cuando los actos que se realizan con éxito o sin el, las emociones son señales que se utilizan para regular la conducta del sujeto. Si el sujeto tiene una actitud emocional positiva, logra motivarse para realizar una actividad creadora otra vez de su entusiasmo, la alegría y el reto para superar las dificultades que no le permitan realizar sus metas deseadas. (op cit.: 356).

Según la influencia de que las emociones tengan sobre la actividad del hombre se dividen en activas y pasivas, a saber:

En el libro de Psicología, continúan diciendo Smirnov A. A. y otros: Las emociones activas o esténicas, aumentan la actividad del sujeto, su fuerza, redoblan su energía y estimulan a la actividad; por el contrario, las emociones pasivas o asténicas, son aquellas que disminuyen o debilitan la actividad vital del sujeto; las emociones alegres y agradables son activas, mientras que las desagradables son pasivas, pero esto no siempre es así, sin embargo, en diferentes casos y personas, una misma emoción o sentimiento puede ser activo o pasivo: verbigracia: El miedo puede inhibir los actos y disminuir la energía del sujeto o por el contrario, obligarlos a movilizar sus fuerzas para luchar contra él. (lec . cit.).

1.2.2. LOS SENTIMIENTOS:

Los sentimientos son expresiones internas que se generan en el ser humano cuando recibe estímulos externos que son expresados hacia fuera por medio de algunas partes del cuerpo, por ejemplo, llorar, suspirar; ejercer violencia, sonrojarse, reír; transformándose en ese momento en emociones.

Se diferencian de las emociones que están relacionadas con las necesidades y que han aparecido en el curso de desarrollo de la humanidad; la aparición de estas, depende de las condiciones en que vive el hombre. Los sentimientos están ligados a necesidades culturales y espirituales; las emociones pueden estar motivadas por cualidades aisladas de los objetos, los sentimientos dependen siempre de objetos y fenómenos en conjunto. Cuando la persona tiene sentimientos positivos y negativos al mismo tiempo, entra en conflicto y esto sucede a menudo en familiares con personas con Alzheimer.

Conforme avanza la enfermedad, las relaciones intrafamiliares se ven afectadas debido a este conflicto de sentimientos los cuales hacen perder la buena comunicación y la serenidad hacia la persona con Alzheimer, la cual requiere de una atención personalizada al perder sus capacidades de comunicación, memoria, espacio, etc., y ésta situación se agrava debido a que cada uno de los familiares de las personas con Alzheimer desempeñan sus propios compromisos, laborales, de estudio, sociales, etc., lo que hace generar tensiones en cada uno de ellos, pues su tiempo se ve limitado por atender a su familiar enfermo, provocando situaciones difíciles de vida al no poder manejar adecuadamente sus sentimientos.

1.2.3. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER:

La Enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa cerebral, irreversible y está relacionada con el envejecimiento, para la cual no existe recuperación. Ataca las células nerviosas en las partes de la corteza del cerebro, así como algunas estructuras circundantes, deteriorando las capacidades de la persona de gobernar las emociones, reconocer errores y patrones, coordinar el movimiento y recordar. La persona afectada pierde la memoria, entra en deterioro intelectual, se trastorna la personalidad y el comportamiento. Esta enfermedad constituye un problema en salud pública, repercute en los pacientes, familiares y representa una carga para la sociedad en general.

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), el Alzheimer se caracteriza por el desarrollo de múltiples déficit cognitivos, incluyendo afectación de la memoria y, al menos, uno de los siguientes trastornos: Afasia, apraxia, anoxia y alteración de la función ejecutiva. El trastorno puede ser muy intenso que daña las funciones sociales y ocupacionales. El curso de este proceso es irregular y varía según cada caso. Se inicia en forma muy sutil: dificultades para encontrar la palabra adecuada, utilización de la misma ropa durante varios días, olvido de números telefónicos conocidos, cambios de humor y tendencia a aislarse de las relaciones sociales. La falta de memoria inmediata obstaculiza ejecutar tareas, así como el recuerdo de citas, mostrándose pérdida de interés por actividades que antes agradaban. La persona deja de tomar medicinas y olvida pagar facturas o las paga varias veces. Se confunde con respecto a lugares y horarios; puede perderse al regresar de la compra o confundir el día y la hora.

Conforme la enfermedad avanza, hay más pérdida de memoria y la confusión aumenta al tiempo que la atención disminuye. El enfermo tiene dificultad para organizar pensamientos, para leer, escribir, contar, seguir señales impresas, firmar con su nombre, sumar o restar. Al pasar el tiempo tiene dificultades para sentarse y levantarse de la silla. El paciente pierde las buenas costumbres en la mesa, rehúsa bañarse, se desnuda en momento o sitio equivocado, se torna desconfiado y a veces oye palabras que no existen.

Al avanzar la enfermedad, el paciente se deteriora más, pierde la capacidad de escribir o hablar correctamente y también de reconocer a alguien, incluyendo su propia imagen reflejada en el espejo. Finalmente el enfermo es incapaz de comer por sí mismo, masticar, tragar y controlar esfínteres, permaneciendo constantemente encamado.

1.2.3.1. ESTUDIO ETIOPATOGÉNICO:

Según el doctor Rafael González Mas, en su libro Enfermedad de Alzheimer, indica que para realizar un mejor estudio de esta enfermedad hay que dividirlo en tres apartados:

- ❖ Factores de riesgo
- ❖ Neuropatología
- ❖ Alteraciones neurobioquímicas

Factores de riesgo

Edad

La edad es un factor de riesgo en la enfermedad del Alzheimer, conforme la persona va envejeciendo, el cerebro también envejece, esto hace que se acumulen lesiones o que se activen ciertos genes destructores. *El remodelamiento sináptico que se origina como compensación de la muerte celular se reduce con la edad.* (González Mas, Rafael, Enfermedad de Alzheimer, 2000: p. 5).

Factores genéticos

Los genes se consideran un factor de riesgo, se han encontrado anomalías en ciertas familias. Algunos genes afectan el cromosoma, el cual es el encargado de la división celular y en la transmisión de elementos hereditarios.

Género

La proporción de personas enfermas con Alzheimer se da más en mujeres que en hombres, posiblemente porque viven más que los hombres y su producción hormonal algunas veces afecta la posición del cromosoma dentro del núcleo.

Estudios y educación

Las personas con menos estudio y educación tienen más riesgos de adquirir el Alzheimer debido que el proceso educativo aumenta la reserva circulatoria cerebral, esto hace que las personas que se mantienen en constante aprendizaje ejerciten de una forma más apropiada la actividad cerebral, fortaleciendo sus capacidades cognitivas, sociales y creativas (op cit: 6 y 7).

Traumatismos craneales

Los traumatismos craneales se consideran un factor de riesgo en la enfermedad de Alzheimer debido a que alguna lesión puede afectar las neuronas en su buen funcionamiento. Estos casos han sido confirmados en algunos boxeadores que sufren traumatismos craneales, a raíz de los golpes que reciben, presentan alteraciones neuropatológicas parecidas a la enfermedad de Alzheimer.

Intoxicaciones ambientales

Se ha detectado la presencia de aluminio y plomo en casos de Alzheimer que provienen del ambiente. Estos elementos ingresan al cuerpo por medio de lo que se respira, se come o se bebe. Así se tiene que en el tratamiento del agua potable para el consumo humano, se utiliza el aluminio como agente floculador para eliminar residuos orgánicos, algunos aditivos alimentarios, algunos medicamentos intramusculares también contienen dosis de aluminio, lo cual afecta la función cerebral.

Campos electromagnéticos

Los aparatos electrodomésticos son productores de radiación que afecta la salud integral de las personas, tales como: Hornos micro ondas, televisores, secadoras de pelo, cargadores de celular, computadoras, planchas y estufas eléctricas, duchas eléctricas, aparatos de sonido, licuadoras, tostadores de pan, etc., la radiación producida por estos aparatos enferma a las células nerviosas hasta causarle la muerte.

Enfermedades vasculares

Las enfermedades vasculares constituyen un factor de riesgo en la enfermedad de Alzheimer, se han encontrado antecedentes de infarto de miocardio y existen arteriopatías coronarias en estos pacientes, no llega al cerebro la cantidad de oxígeno que necesita y el metabolismo de la glucosa cerebral disminuye.

Neuropatología

Entre los cambios macroscópicos propios de la enfermedad de Alzheimer se encuentra atrofia cerebral, especialmente cortical, con adelgazamiento de las circunvoluciones y del espesor cortical, aumento del tamaño de los surcos, pérdida de sustancia en las estructuras grises profundas, sobre todo en la amígdala y el hipocampo, pérdida de sustancia blanca y mielina, y aumento de tamaño de los cuernos frontal y temporal de los ventrículos laterales (let cit.)

Las neuronas sufren cambios en su tamaño, en la acumulación de proteínas y en sus funciones, afectando de esa manera el desenvolvimiento cerebral originando problemas en la memoria, el pensamiento, lenguaje y conducta.

El inicio de la enfermedad de Alzheimer, conocida técnicamente como demencia primaria degenerativa, es insidioso, con un deterioro uniforme y progresivo: El inicio presenil ocurre entre los 40 y 60 años; el inicio senil se presenta después de los 65 años de edad. Debido a los descubrimientos de Alzheimer, los científicos han estudiado la patología que ocurre en las capas internas y externas del cerebro, que también se ha observado en el tejido cerebral y en las células nerviosas.

Existen tres características que sugieren cambios encefálicos (del cerebro) - dicen Powell y Courtice-, la primera es la maraña neurofibrilar (una acumulación de fibras anormales que se concentran en el citoplasma de una célula); al microscopio electrónico, estas fibras parecen una maraña de filamentos; las marañas se presentan con mayor densidad en una zona del cerebro y se conoce como hipocampo. La memoria reciente o de corto plazo, está relacionada con esta región, la cual forma parte con el sistema límbico (conocido como el asiento de las emociones). Resulta evidente que cuando estas áreas del cerebro se ven afectadas de manera adversa, la memoria y las emociones sufren también un efecto negativo.

El segundo cambio cerebral –agregan- se observa bajo el microscopio electrónico, se trata de placas neuríticas o agregadas de tejido neural

degenerado; la decadencia granulovacuolar, es el tercer cambio que ocurre en el interior de una célula.

Una sustancia neurotransmisora muy importante es la acetilcolina, se cree que la deficiencia en la síntesis de este neurotransmisor es una de las principales causas de la sintomatología de la enfermedad de Alzheimer. Se han identificado áreas específicas del cerebro, la corteza cerebral y el hipocampo, así, como las enzimas colinérgicas que participan en este proceso. (Powell y Courtice, 1988: pág. 28)

Alteraciones neurobioquímicas

Sigue afirmando el doctor Rafael González Mas, que en la enfermedad de Alzheimer se da un mal funcionamiento de los sistemas de neurotransmisión central, incapacitando la labor de la acetilcolina y la acetilcoenzima que son neurotransmisores importantes para el buen funcionamiento de la capacidad cerebral. Esta situación hace que las células que conforman el cerebro no sean alimentadas provocando un déficit en su accionar.

1.2.3.2. SÍNTOMAS MÁS COMUNES DEL ALZHEIMER

La Asociación de Alzheimer de Guatemala, en su libro unidad VI para Diplomado a distancia "Promoción de la salud en el adulto mayor", páginas 6 y 7, afirma que entre los síntomas más evidentes están:

COGNITIVOS

- ❖ *Amnesia (dificultad para recordar)*
- ❖ *Afasia (dificultad para hablar y entender)*
- ❖ *Apraxia (dificultad para el movimiento)*
- ❖ *Agnosia (dificultad para el reconocimiento)*
- ❖ *Trastornos del aprendizaje*
- ❖ *Trastornos del juicio*
- ❖ *Desorientación.*

NEUROLÓGICOS

- ❖ *Convulsiones*
- ❖ *Contracturas musculares*
- ❖ *Alteraciones de los reflejos*
- ❖ *Conductas paradójicas*
- ❖ *Trastornos sexuales*
- ❖ *Inadaptación social*
- ❖ *Trastornos de la personalidad*
- ❖ *Temblor*

- ❖ *Incoordinación motriz*
- ❖ *Acatisia (incapacidad de mantenerse quieto).*

FUNCIONALES

Dificultades para:

- ❖ *Andar*
- ❖ *Comer*
- ❖ *Vestirse-asearse*
- ❖ *Mantener hogar*
- ❖ *Manejar dinero.*

CONDUCTUALES

- ❖ *Reacciones catastróficas*
- ❖ *Ataques de furor*
- ❖ *Episodios euforia y depresión*
- ❖ *Violencia*
- ❖ *Apatía*
- ❖ *Vagabundeo*
- ❖ *Trastornos del sueño*
- ❖ *Lenguaje obsceno*
- ❖ *Alucinaciones*
- ❖ *Ideas delirantes*
- ❖ *Robos*
- ❖ *Paranoias*
- ❖ *Gustativas*
- ❖ *Olfatorias*

1.2.3.3. COMO SE DIAGNOSTICA LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER:

Según el doctor Rafael González Mas, en su libro *Enfermedad de Alzheimer*, indica que para hacer un buen diagnóstico de la enfermedad del Alzheimer, se debe considerar algunos aspectos históricos de la vida del paciente, tomando en cuenta lo siguiente:

Historia médica general.

En este apartado hay que investigar las posibles causas que originan la demencia, por ejemplo: trastornos endocrinos, neoplasias, infecciones, isquemia coronaria, también algunos desencadenantes de una demencia vascular como la hipertensión, diabetes, arteriosclerosis periférica.

Historia neuroconductual

Hacer un estudio minucioso de la situación de la memoria, su orientación espacial o temporal, indagar el estado del lenguaje, alteración de conducta

sobre todo en actividades que el paciente realiza en la vida diaria en su profesión y sus relaciones sociales.

Historia psiquiátrica

Es importante tener una historia de los estados de ánimo del paciente, investigar si ha existido depresión, alucinaciones, delirios, psicosis y cambios de personalidad, indicando en qué momento surgen estas situaciones.

Historia nutricional y tóxica

La alimentación es importante para la salud de las personas pero puede ser un elemento negativo o positivo en la vida de los individuos, en virtud que la mayoría de veces son contaminadas con hormonas, esteroides y otros productos químicos que de alguna manera altera la salud. La historia nutricional dará valiosa información sobre la ingesta de sustancias tóxicas que el paciente pudo haber consumido.

Historia familiar

Es necesario recabar información sobre antecedentes familiares que indique la existencia de demencia en algunos familiares, principalmente de primer grado de consanguinidad del paciente.

1.2.3.4. ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER:

En el sitio web [w.w.w.alzheimers.com](http://www.alzheimers.com), hace referencia de lo siguiente:

El primer estadio llamado leve: El tiempo de duración es de 2 a 4 años, las características que se detectan en el paciente son dificultades en la memoria, le cuesta aprender cosas nuevas, olvida las cosas que aprendió hace tiempo, espacialmente se desorientan, se notan cambios de humor, se vuelven desinteresados por ellos mismos y por los demás, pierde el interés por las cosas que antes le interesaban. Evidencia problemas de lenguaje para comunicarse, utilizando la mayor parte de veces la mímica.

El segundo estadio llamado moderado: Tiene una duración entre 2 a 10 años, aquí al paciente le cuesta hablar, vestirse, utilizar cubiertos, el conocimiento que ha adquirido por medio de la vida lo pierde parcialmente, su higiene personal se deteriora. Se evidencia temblores persistentes en algunas partes de su cuerpo, lo que altera su postura y la marcha. Aquí aparecen alucinaciones e ilusiones; las personas no son capaces de cuidarse por si solas, necesitan de alguien que las cuide. Los apegos y las actitudes sociales de tiempo libre que realizaban pierden su valor, se mantienen aburridos, somnolientos, vagabundean, ordenan su ropa varias veces al día.

Estadio tres conocidos como severos: Los síntomas cerebrales, la rigidez muscular y el aspecto postural se deterioran. Pueden aparecer temblores y hasta crisis epilépticas, otro aspecto que manifiestan las personas es la apatía total, pierden las habilidades higiénicas, presentan problemas para lavarse, vestirse, andar, comer y la respuesta al dolor; se da la incontinencia urinaria y fecal, terminando encamados, inmovilizados con alimentación asistida, fallecen

por neumonía, infecciones sistémicas y otras enfermedades accidentales.

1.2.3.5. CUATRO FASES DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER:

Otros autores como Powell y Courtice, a los estadios los clasifican como fases y los dan a conocer de la siguiente manera:

Primera fase: Los enfermos tienen menos energía, empuje e iniciativa, sus reacciones son más lentas, su capacidad para aprender cosas nuevas; la persona prefiere buscar lugares, cosas y personas conocidas

Segunda fase: La enfermedad aparece con más pérdidas, el habla del paciente se vuelve más lenta, interpreta mal lo que escucha, pierde el hilo de un relato, no entiende la frase graciosa de un chiste, pierde la capacidad para hacer cálculos, necesita ayuda para hacer balance de una chequera, hace planes anticipados y tomar decisiones son tareas inquietantes.

Tercera fase: Pierde la orientación en tiempo, espacio y no puede identificar a personas o acontecimientos familiares.

Cuarta fase: La víctima se vuelve apática, es incapaz de encontrar el camino de una casa o apartamento conocido; tiende a vagar sin rumbo y necesita ayuda para realizar todas las actividades que implican a la vida diaria y el cuidado personal. Puede aparecer depresión, las ilusiones o el delirio con pérdida gradual de la memoria, pérdida de la dignidad personal, seguida de falta de confianza, puede volverse incontinente.

1.2.3.6. PRINCIPIOS PARA EL CUIDADO DEL PACIENTE CON DEMENCIA:

Se debe de tomar en cuenta para el cuidado de la persona con Alzheimer, los siguientes principios:

Esta enfermedad afecta a las personas y a sus familiares, se debe tomar en cuenta que las personas con Alzheimer siguen teniendo su valor, dignidad y respeto, protegerlos de abusos y explotaciones, salvaguardarlos en un lugar protegido y seguro, brindar orientación y acceso a los servicios de salud, permitirles su participación en las decisiones que involucren su vida y cuidado, la familia deberá cubrir las necesidades del enfermo y jugar un papel activo en su atención, destinar recursos de todo tipo para lograr que el enfermo tenga una vida digna. Ser paciente y comprensivo. Hacerle saber que se le escucha y se intenta entenderle.

Mantener interés en la conversación y demostrar interés por lo que dice, proporcionar confort y seguridad con palabras y gestos, animándole a expresarse a pesar de sus dificultades.

Darle el tiempo que necesite para expresarse y pensar sin interrumpirlos. No corregir, criticar ni discutir lo que dice, ya que habitualmente solo se empeoran las cosas. Preocuparse por el cuidador y animarle a cuidar a sí mismo, proporcionarle información y ayuda o compañía si es necesario.

Preocuparse de todos los miembros de la familia, incluido el enfermo, ya que agradece las visitas aunque sea incapaz de demostrarlo.

1.2.3.7. TRATAMIENTO:

Actualmente no existe un tratamiento eficaz para esta enfermedad y todos sus esfuerzos se dirigen a aplicar unas medidas generales que, por una parte, traten los síntomas del paciente mediante medicamentos que alivien los problemas y los que surjan en el futuro, por otro lado, apoyen a los familiares que conviven con estos pacientes ya que la evolución de la enfermedad en la mayoría de los casos es muy larga y dura de soportar para el entorno.

El cuidado de las personas con Alzheimer debe ser constante, debido a que esta dolencia le afecta física, psicológica, económica y socialmente, también perturba a los familiares que se dedican al cuidado y protección del enfermo.

Conservar la salud y el bienestar es un principio que debe poseer la persona que cuida al enfermo con Alzheimer, pues si ésta se enferma o se agota, la atención al individuo se verá afectada y no será la misma.

1.2.3.8. COMO PREVENIR ACCIDENTES A LA PERSONA CON ALZHEIMER.

No dejar al alcance del enfermo algunos elementos que le produzcan peligro, por ejemplo: aparatos eléctricos, como planchas, secadoras de pelo, máquinas de coser, taladros o sierras eléctricas, los cuales se recomiendan guardarlos bajo llave. Tener cuidado con las perillas de la estufa y tanbos de gas propano. Conservar los medicamentos, artículos de limpieza y otras sustancias peligrosas en gabinetes ocultos y fuera del alcance del enfermo.

Ocultar cualquier tubería expuesta, el calentador de agua, las extensiones eléctricas y los tapetes resbaladizos deben estar clavados y fuera del camino. Los adornos y antigüedades valiosas se guardarán bien. Controlar el consumo de los medicamentos que utiliza la persona, mantener estricto control sobre actividades sociales y de cualquier índole que tenga, supervisar constantemente el aseo personal, ayudarle para que lo haga él mismo, seleccionar y presentar un orden adecuado con respecto al vestuario.

Es necesario que la casa tenga buena iluminación, pasamanos colocados en sitios convenientes. En la cocina, los cuchillos afilados y otros artículos peligrosos deben encontrarse fuera del alcance de la persona enferma. Ocultar los cerillos para evitar el riesgo de incendios.

1.2.3.9. INTERVENCIÓN PSIQUIÁTRICA Y PSICOSOCIAL:

El propósito de esta intervención es proporcionarle seguridad, tranquilidad y bienestar a la persona enferma y a los familiares, para que el paciente funcione lo más adecuadamente posible, el doctor Rafael González Mas, sugiere se tomen en cuenta los ocho aspectos siguientes:

a) Establecer y mantener una relación positiva con el enfermo y sus familiares:

Es importante mantener buena relación con el enfermo, familia y cuidadores para transmitir y recibir información debido a que el paciente no puede suministrarla y los responsables de su cuidado son generalmente unos aliados para la vigilancia, tratamiento y relación positiva con el enfermo.

b) Vigilar la evolución y determinar las necesidades médicas generales precisas:

Es necesario detectar complicaciones que empeoren la demencia. Valorar periódicamente las funciones cognitivas y no cognitivas, es conveniente cuidar que no aparezca la depresión, delirios y alucinaciones. La memoria, el lenguaje y las funciones espaciales son aspectos que deben de tener especial vigilancia.

En casos de encontrar agravamiento es importante comunicarlos al médico o a la institución para que se estudie minuciosamente el caso y que se proceda a realizar las acciones que se consideren convenientes.

c) Vigilar e intervenir cuando sea preciso:

El médico debe de estar preparado para prevenir intentos de suicidio, detectar la violencia, hacer recomendaciones para evitar riesgos y caídas y sobre todo vigilar negligencias y abusos de familiares.

d) Intervención para disminuir el riesgo de vagabundeo:

Informar a los familiares que el vagabundeo es una huida ante situaciones que produce mucha carga psicológica, debiendo preparar adecuadamente a los familiares sobre esta situación.

e) Advertir a los familiares de los riesgos de conducir automóviles:

Preparar a los familiares y al paciente sobre la conveniencia para conducir automóvil debido al déficit visual, auditivo, motor, convulsiones, empleos de sedantes, etc.

f) Informar al enfermo y a su familia de las características del Alzheimer y de sus posibilidades de su tratamiento:

Es necesario comunicar a los pacientes las características de la enfermedad para que ellos la comprendan y presten toda su colaboración para el tratamiento del enfermo.

g) Informar a la familia sobre las posibilidades de apoyo y asistencia:

El médico es un elemento importante de apoyo para satisfacer necesidades y dar soluciones, dando el apoyo moral y práctico, ejecutando una positiva psicoterapia y facilitando una referencia social y comunitaria.

h) Consejos económicos y legales:

Los pacientes con Alzheimer pierden su capacidad para tomar decisiones médicas, legales y económicas y son otros los que deciden por ellos. Es necesario que cuando la enfermedad empieza el enfermo, la familia y el médico planifiquen sobre los gastos que se llevarán a cabo.

1.2.4. ENTORNO FAMILIAR DE LAS PERSONAS CON ALZHEIMER:

Las personas afectadas con Alzheimer viven una serie de situaciones muy difíciles dentro de su ambiente familiar al que pertenecen. Los parientes se ven presionados y tensos conforme transcurre el proceso de la enfermedad. Por otro lado, los familiares necesitan cuidarse así mismo, realizar las actividades que a ellos les competen, deben recuperar el tiempo y la energía perdida para brindar una mejor atención a las personas afectadas con este mal.

Es necesario cultivar las relaciones interpersonales que ayuden al cuidado del paciente, el cuidador necesita momentos libres para bajar tensiones, así como depender de otras relaciones que le ayudan a mantener amor y apoyo.

La familia es el componente principal de la sociedad, tomándolo como un grupo de personas que conviven en un lugar determinado que tienen en común intereses económicos y de otra índole que les permite mantener una interrelación para el logro de sus satisfacciones.

En la mayoría de los casos estas familias están integradas por varias generaciones, encontrándose abuelos, hijos, nietos; los cuales se brindan apoyo entre sí, también se ven de alguna manera obligados a brindar protección a los abuelos que por su condición demandan esa atención y por lo mismo son dependientes a la familia que pertenecen.

Lo más frecuente es que la familia se haga cargo de su ser querido que está atravesando por la enfermedad, esta es una decisión muy razonable, ya que se mantiene al enfermo en su ambiente propio, compartiendo con sus seres queridos en casas conocidas. Algunas veces las familias se turnan el cuidado, es conveniente que se de siempre en el mismo hogar; el cambio de casa merma la capacidad de orientación del paciente, los familiares manifiestan frecuentemente que llegan a sentirse cansados y frustrados cuando cuidan al enfermo, al grado de querer deshacerse de él, de esa manera poder descansar un poco.

Las presiones que se suscitan el cuidar a su enfermo, al surgir estas ideas negativas, los familiares se sienten culpables y en algunos casos, toman decisiones inadecuadas.

Además de ello quienes conviven con el enfermo están sometidos a tensiones extremas y sobre esfuerzos laborales. Los asistentes a los talleres de esta investigación manifestaron que es conveniente buscar soluciones terapéuticas y asistenciales para que no se dé el automartirio, la frustración familiar,

algunas veces recurren al médico y al psicólogo para obtener ayuda, otras personas

buscan apoyo en grupos sociales para recibir consejos y poder manejar su problemática de una manera adecuada.

Para minimizar problemas psicosociales y familiares de los parientes del enfermo con Alzheimer, es importante proporcionarle información acerca de la enfermedad, para que planifiquen su vida y mejoren la atención al enfermo. Es importante que los familiares se involucren a un grupo organizado de personas con Alzheimer para recibir la asesoría necesaria, estos son de gran ayuda por estar conformados con personas que viven una situación idéntica, ayudándose a mantener en alto su estado de ánimo y proporcionar el apoyo a otros que estén pasando por un mal momento. Al manifestar una situación desagradable dentro del grupo de apoyo, sirven como válvulas de escape de los sentimientos negativos, ayuda en la toma de decisiones, favorece el intercambio de consejos para resolver problemas.

Los familiares que cuidan constantemente a un enfermo con Alzheimer deben cuidar su salud mental, recompensarse así mismos y esto lo pueden hacer comprándose un traje nuevo, un helado, comer en un restaurante favorito para seguir atendiendo a su familiar. Se debe buscar el apoyo de amigos para que los ayuden o fortalecerlos en los momentos difíciles.

También la familia debe de hacer un esfuerzo de aislarse y seguir realizando actividades que hacían hasta ese momento. La ayuda profesional no debe faltar para los familiares que cuidan a la persona con Alzheimer, pues regularmente la situación y condición del enfermo hace que aparezcan sentimientos de culpa, ambivalencia, fatiga, desánimo y esto debe de ser tratado para superar la problemática y tomar nuevamente el control de la situación.

1.2.5 RELACIÓN FAMILIAR CON PACIENTES CON ALZHEIMER:

Según las personas que participaron en esta investigación, manifestaron que los familiares con Alzheimer antes de la enfermedad eran persona activas, viajaban en bus sin compañía, eran independientes para realizar sus actividades, algunas les gustaba participar en grupos, eran sociables y sabían cantar.

Después de la enfermedad los pacientes mostraron ser personas intranquilas, aisladas de la familia, depresivas, al salir a la calle tienen que ser acompañadas, no son cariñosas con los adultos solamente con los niños, olvidan la mayoría de las cosas, entran en conflicto con la pareja, pierden su libertad, incomprenden a la familia, entran en estrés y angustia.

Los familiares manifestaron además que al estar demasiado tiempo al cuidado de la persona con Alzheimer, los cuidadores entran en agotamiento,

desesperación, incompreensión, intolerancia, debido a que tienen poco conocimiento de la enfermedad, no saben como manejar esta situación. Para mejorar esa condición había que mostrar y transmitir afecto en forma verbal y física, escribirles palabras agradables, ayudarles a resolver problemas y compartir con ellos la mayoría de actividades que tiene la familia. Esto permitiría ya no ignorar ni regañar al paciente, liberarse de sentimientos de culpa.

Asimismo, los familiares manifestaron que algunas personas con Alzheimer son abandonados, les contestan de mala gana, se contratan a cuidadores, a veces los encierran en cuartos con llave, ya no les dan caricias físicas, les anulan su participación familiar y la persona con Alzheimer pierde su autoridad ante la familia porque asumen actitudes de niños.

PREMISAS:

La familia de pacientes con Alzheimer es un grupo primario conformado por afinidad y consanguinidad que tienen como función orientar, apoyar, educar, relacionarse, comunicarse y dar afecto.

Los síntomas y signos de Alzheimer hace que la persona que lo padece le afecte negativamente, provocando situaciones de deficiente relación y comunicación intrafamiliar.

Las relaciones intrafamiliares en donde hay personas con Alzheimer se deterioran grandemente en las áreas psicosociales, afectiva, comunicación y atención.

HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN:

La aplicación de programa de atención a familiares de personas con Alzheimer, fortalece la calidad humana y mejora las relaciones intrafamiliares.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES:

La familia de pacientes con Alzheimer tiene dificultad con sus relaciones intrafamiliares afectando la comunicación, afecto, sentimientos y emociones que perjudican la atención brindada al familiar enfermo. Por lo que el programa de atención psicológica, es un conjunto de procedimientos y actividades diseñados que al ser ejecutados en forma coherente y sistemática, mejora la relación intrafamiliar.

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Familiares de pacientes con Alzheimer.

VARIABLE DEPENDIENTE:

Aplicación de un programa de atención que fortalezca la salud mental de la familia para lograr mayor calidad humana dentro de las relaciones intrafamiliares y psicosociales del paciente con Alzheimer y su familia.

INDICADORES:

INDICADOR 1:

ÁREA PSICOSOCIAL:

El área psicosocial de una persona se origina a partir de la socialización en el cual se introyecta las normas, hábitos, costumbres de una sociedad. La sociedad le da a la persona condiciones y situaciones que les permite vivir con o sin calidad de vida y hay algunas enfermedades biológicas que afectan estas áreas, las personas cambian sus hábitos, costumbres y las normas que han sido establecidas por la sociedad.

INDICADOR 2:

ÁREA AFECTIVIDAD:

La afectividad se refiere a los sentimientos de una persona hacia otra, es un estado de ánimo que una persona se dispone a otro, esto puede comprender un estado de ánimo positivo, como la unidad, honestidad, solidaridad, honradez; pero también genera sentimientos positivos, como alegría y bienestar en general.

También puede darse en forma negativa expresándose desinterés, desunión, aislamiento, que genera también sentimientos negativos, como cólera, tristeza, indiferencia.

INDICADOR 3:

ÁREA COMUNICACIÓN:

La comunicación, es un proceso por medio de la cual las personas comparten información, transmiten ideas, pensamientos y sentimientos, existen diversas formas de comunicación; verbal, escrita y mímica. Algunas personas desarrollan una comunicación de tipo visual, con la cual aprueban o desaprueban la información que reciben, por medio de la comunicación se expresa la afectividad y es un elemento importante que utiliza el área psicosocial.

INDICADOR 4:

ÁREA ATENCIÓN:

La atención, es el trato que se da al interno de la familia, este indicador es un elemento importante para comprender y atender al enfermo con Alzheimer, los familiares que atienden positivamente a las personas con Alzheimer, hacen que esta tenga una mejor calidad de vida.

CAPÍTULO II:

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN:

2.1 MUESTRA:

La población objeto de estudio fueron 40 personas (20 mujeres y 20 hombres) de las cuales habían 4 cuidadores y 36 familiares de personas con Alzheimer, comprendidas entre las edades de 18 a 60 años.

El estudio se realizó en la Asociación Grupo Ermita, situada en la 10 avenida "A", 1-48, zona 1 de esta ciudad capital. Dicha institución brinda atención médica a pacientes de Alzheimer, apoyo y consejería a cuidadores y familiares personas que padecen de esta enfermedad.

Los participantes de los talleres fueron convocados por la Asociación Grupo Ermita.

2.2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

En las familias de personas con Alzheimer se dan cambios psicosociales que afectan la comunicación, la afectividad y la atención hacia el paciente, por lo que se hizo necesario realizar cuatro talleres, sobre los temas:

- ❖ Cambios psicosociales de personas con Alzheimer.
- ❖ Afectividad familiar a personas con Alzheimer.
- ❖ Comunicación familiar a personas con Alzheimer.
- ❖ Atención familiar a personas con Alzheimer.

En estos talleres se utilizaron las experiencias de los participantes, videgrabadora, película (La magia mental), trabajo en grupo, historias, asambleas, utilizando para ello técnicas de educación popular, cuya filosofía es el compartimiento de ideas y experiencias vivenciales.

Los talleres consistieron en que los facilitadores solo proporcionaron la orientación para que las personas compartieran sus experiencias y conocimientos a través del trabajo en equipo, y analizar cada una de las experiencias, los grupos hicieron sus propias conclusiones y recomendaciones, posteriormente estas conclusiones y recomendaciones fueron expuestas a la general en una plenaria, esto se hizo en cada actividad que se realizó.

Los talleres se realizaron en la sede de la Asociación Grupo Ermita, ya que las 40 personas que asistieron se dividieron en 4 grupos de 10, los talleres en mención tuvieron una duración de 5 horas cada uno, haciendo un total de 20 horas.

2.3 TALLERES VIVENCIALES:

La técnica de Educación Popular se utiliza en la realización de cualquier tipo de taller, se parte de la concepción de que tanto los facilitadores como los talleristas son iguales en conocimiento y experiencias. La captación de los datos y el aprendizaje se da a través de actividades con la participación de todos, se utiliza dinámicas de grupo, plenarios, actividades lúdicas de análisis, síntesis.

Esto permite que todas y cada una de las personas asistentes al taller compartan sus experiencias, conocimientos e inteligencia, cada grupo de trabajo al terminar el tiempo estipulado para cada actividad, llegan a conclusiones, lo escriben en papelógrafo y lo exponen a la asamblea que está constituida por otros grupos que participan en el taller.

El papel de los facilitadores es el de orientar y facilitar las actividades a realizarse, recolectar los papelógrafos en los cuales han anotado las conclusiones, al terminar el taller, el facilitador sistematiza la información que proporcionan los participantes en la actividad, deberá respetar el léxico utilizado para no sesgar la información recabada y que esta sirva para los objetivos que el investigador se ha trazado.

Toda la información recavada en los talleres tuvo como propósito proporcionar el insumo para el diseño del programa. La planificación de los talleres se encuentra en el apartado de anexos 1, 2, 3 y 4 de esta investigación

2.4. ENCUESTA:

Se aplicó una encuesta para recabar datos por medio de un cuestionario elaborado para tal efecto, aplicándole seguidamente la técnica estadística del análisis porcentual para determinar el grado de aceptación, uso y cambio de actitud personal de acuerdo a la experiencia vivida después de los talleres vivenciales. El análisis porcentual consiste en sumar la totalidad de frecuencias de las respuestas positivas y se aplica una regla de tres para determinar el porcentaje correspondiente y de esa manera se hace el mismo procedimiento para las respuestas negativas, al sumar el porcentaje de las respuestas negativas o positivas da un cien por ciento de la población encuestada.

CAPÍTULO III:

3.1. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

3.1.1. SISTEMATIZACIÓN DE TALLERES:

Este trabajo fue realizado con 40 personas que de una u otra manera están involucrados con personas con Alzheimer, ya sea como cuidadores o como familiares que pertenecen al Grupo Ermita, que es una asociación dedicada a ayudar a personas con Alzheimer y sus familiares, cuya sede está situada en la 10 avenida "A" 1-48, zona 1 de esta ciudad capital, cuyos resultados se presentan a continuación:

SISTEMATIZACIÓN DEL PRIMER TALLER:

CONTENIDO:

CAMBIOS PSICOSOCIALES DE PERSONAS CON ALZHEIMER

OBJETIVO:

Que los familiares de personas con Alzheimer comprendan las causas y efectos del Alzheimer.

La actividad "La planchada", permitió que cada participante proporcionara a otra caricias físicas, al mismo tiempo que le daba a conocer características positivas de su propia personalidad, luego se dio la lluvia de ideas, en la cual expusieron las causas que originan la enfermedad de Alzheimer, a saber:

Debilidad cerebral.

Falta o deficiencia de la acetilcolina.

Experiencias desagradables durante la vida.

Maltrato de los padres cuando se es niño (a).

Intoxicaciones por alimentos o fármacos.

Golpes en la cabeza.

Evasión de la realidad.

Angustias o preocupaciones de la vida.

Otra actividad que se dio en este taller, fue el trabajo de grupo, dentro de los cuales se formaron 5 grupos de trabajo, donde los participantes compartieron su conocimiento y experiencia sobre los cambios psicosociales que se dan en personas con Alzheimer, trabajando en papelógrafos en donde escribieron como eran antes sin Alzheimer y cómo son ahora que padecen Alzheimer.

ANTES DE LA ENFERMEDAD:

Persona activo (a).

Viajaba sin compañía en bus.

Hacía sus mandados.

Hacía sus actividades del hogar.

Le gustaba formar grupos (club la olla y la sartén).
Recordaba viajes realizados.
Sabía cantar.
Hablaban varios idiomas.
Era sociable.
Era de ambiente.
En algunas ocasiones introvertida.
Tímida, temerosa (por maltrato físico de papás o pareja).

DESPUÉS DE LA ENFERMEDAD:

Personas intranquilas.
Aislados de la familia.
Realiza actividades de la vida diaria (comer, bañarse, vestirse, dormir)
Se movilizan.
Toman su medicamento.
Mantienen depresión.
Ven programas en la televisión.
Salen a caminas acompañadas.
Hablan idiomas.
No son cariñosos con los adultos, solo con los niños.
Tienen resentimientos.
En algunas ocasiones bailan.
Obsesivos.
Van a la iglesia acompañados.
Se burlan algunas veces.
En algunas ocasiones lloran.
Olvidan donde están las cosas.

Las otras actividades que se dieron fueron la dramatización de cómo se dan los cambios psicosociales de la persona con Alzheimer de acuerdo a la actividad anterior; la reflexión de análisis en equipo para conocer los cambios psicosociales que sufre la familia de personas con Alzheimer, lográndose los siguientes resultados;

CAMBIOS PSICOSOCIALES DE FAMILIARES O CUIDADORES DE PERSONAS CON ALZHEIMER:

Aislamiento de actividades sociales y familiares.
Ansiedad.
Estrés.
Angustia.
Depresión.
Incomprensión de parte de la familia.
Pérdida de libertad.
Conflicto de pareja.
Desvalorizada.
Falta de amor.

La última actividad consistió en que los (as) participantes, a través de una lluvia de ideas elaboraran conclusiones y recomendaciones para la familia.

RECOMENDACIONES:

Dentro de estas recomendaciones tenemos las siguientes:

Brindar comprensión y atención al enfermo.

Tratarlos con delicadeza.

Darles afecto.

Proporcionarles caricias físicas.

Tener buena comunicación.

Comprender la situación del paciente.

Involucrar a los enfermos en actividades sociales.

Escribir junto al paciente los horarios de la medicina a tomar y las tareas a realizar.

Permitir que el enfermo se exprese.

Trasmitir y demostrarles amor.

Demostrarles interés.

Transmitirles sentimientos de confianza y tranquilidad.

Verbalizarles constantemente las cualidades positivas que tienen las personas con Alzheimer.

ANÁLISIS DEL PRIMER TALLER:

Los participantes del primer taller "cambios psicosociales de las personas con Alzheimer", expusieron que la causa de la enfermedad se debe a debilidad cerebral, falta o deficiencia de acetilcolina en el cerebro, experiencias desagradables durante la vida. Manifestaron que sus familiares antes de la enfermedad eran personas activas, viajaban sin compañía, hacían sus mandados y su actividad del hogar, les gustaba formar grupos, eran sociables y de ambiente y después de la enfermedad, se transformaron en personas intranquilas, aisladas de la familia, dependientes de otras personas.

El aislarse del enfermo, el mal humor provocado por la ansiedad, las personas dentro de la familia mantuvieron una relación estresante y algunos comenzaron a sentir signos depresivos, la incompreensión dentro de los miembros de la familia fue muy marcada, así como la pérdida de la libertad lo que provocó conflicto entre los familiares, así mismo la desvalorización y la falta de amor y apoyo dentro de los miembros que conformaban la familia que tenían enfermos con Alzheimer.

Para realizar actividades como vestirse, comer, dormir, bañarse, se volvieron resentidos y ya no fueron cariñosos con los adultos, solo con los niños y se olvidan donde colocan las cosas, entre los cambios psicosociales más pronunciados están: Las relaciones con otras familias y otros grupos sociales resultó incómodo, ya que algunas familias escondían a sus enfermos o no

asistían a las reuniones por estar cuidando a su familiar, las relaciones sociales fueron interrumpidas y las relaciones intrafamiliares fueron obstaculizadas,

pero al comprender las causas y los efectos de la enfermedad del Alzheimer, los participantes proporcionaron las siguientes recomendaciones.

Brindar, comprender y atender al enfermo, tratarlos con delicadeza, darles afecto, mantener una buena comunicación, involucrar al enfermo en actividades sociales, proporcionar cariño, permitir que el enfermo se exprese, darle amor, demostrar interés por él, transmitir sentimientos de confianza y tranquilidad constantemente, decirles cualidades positivas que tienen.

Por la información recabada al finalizar el taller, los familiares de personas con Alzheimer comprendieron las causas y los efectos de la enfermedad de Alzheimer, lo que les permite de ahora en adelante ser más comprensivas con sus familiares en los aspectos de los cambios psicosociales, sugiriendo acciones que ayuden a enfrentar esta situación en forma favorable para la familia y las personas con Alzheimer.

SISTEMATIZACIÓN DEL SEGUNDO TALLER:

CONTENIDO:

AFECTIVIDAD FAMILIAR A PERSONAS CON ALZHEIMER.

OBJETIVO:

Determinar la afectividad con los familiares y personas con Alzheimer.

PRIMERA ACTIVIDAD:

La actividad consistió en saludarse y abrazarse, los participantes para fortalecer y preparar el ambiente con afectividad.

SEGUNDA ACTIVIDAD:

Luego se organizaron en equipo de trabajo.

TERCERA ACTIVIDAD:

Consistió en una exposición para determinar la relación entre el pensamiento y la afectividad.

CUARTA ACTIVIDAD:

La actividad consistió en proyectar y comentar el video "La magia mental", del motivador internacional Alex Dey, y posteriormente los participantes expusieron el manejo de las emociones

Obteniendo los siguientes resultados:

El pensamiento da ideas.

El pensamiento controla los sentimientos.

El sentimiento maneja las emociones.

Los pensamientos positivos, dan pensamientos positivos.

Los pensamientos originan sentimientos, estos sentimientos dan acciones y se obtienen resultados.

Es necesario tener pensamientos positivos para tener una buena afectividad.

Los pensamientos crean hábitos.

QUINTA ACTIVIDAD:

Fue un trabajo en equipo en donde los participantes manifestaron como se da y como se recibe el afecto en forma positiva y negativa.

Los resultados son:

AFECTO POSITIVO:

Amor.

Comprensión.

Tolerancia.

Serenidad.

Cariñosos.

Ayuda unos a otros.

Estimación.

Aprecio.

Gratitud.

Honestidad.

AFECTO NEGATIVO:

Tristeza.

Cólera.

Envidia.

Desamor.

Descontrol.

Desatención.

Irrespeto.

Enojo.

Orgullo.

Deshonesto.

SEXTA ACTIVIDAD:

Consistió en una dinámica –la silla que falta–.

SÉPTIMA ACTIVIDAD:

Se dio un collage para evidenciar el trato afectivo correcto entre familiares y personas con Alzheimer.

Obteniendo los siguientes resultados:

Amor.

Atención.

Buen trato.

Involucramiento.

Apoyo.

Interés por el enfermo.

Comprensión por el enfermo.

Atención a sus necesidades.

Bienestar y unión de la familia.

Organización de la familia.

OCTAVA ACTIVIDAD:

Consistió en un análisis por medio del cual las personas manifestaron las necesidades que se da entre familiares y personas con Alzheimer.

Fortaleza

Calma

Comprensión.

Tolerancia.

Conocimiento de la enfermedad.

Conocimiento de cómo manejar la situación.

Comunicación.

NOVENA ACTIVIDAD:

Consistió con una lluvia de ideas para proponer actividades para que mejoren las relaciones intra familiares y las personas con Alzheimer.

Transmitir y demostrar afecto en una forma verbal física.

Proporcionarles caricias físicas y protegerlos.

Proporcionarles constantemente obsequios.

Escribirles palabras agradables.

Ayudarles a resolver problemas

Aceptar al enfermo tal y como es.

Expresarle al enfermo que uno le ama.

Compartir con ellos cenas familiares.

Intercambiar con ellos diálogo

Actividades artísticas.

Actividades deportivas.

ANÁLISIS DEL SEGUNDO TALLER:

En este taller se obtuvo que el pensamiento da ideas, genera sentimientos y controla emociones, obteniéndose de esa manera éxitos y satisfacción en las acciones que realizan las personas, el afecto se puede dar y recibir en forma negativa, teniéndose dentro de el afecto positivo el amor, comprensión, tolerancia, serenidad, cariño, y ayuda a otras personas, estimación, aprecio, gratitud y honestidad.

Dentro del afecto negativo que se manifiesta en la familia de la persona con Alzheimer se tienen, tristeza, cólera, envidia, desamor, descontrol, desatención, irrespeto, enojo, orgullo, deshonestidad. También se evidenció que la familia de la persona afectada de Alzheimer necesita amor, atención, buen trato, involucramiento, apoyo, interés, comprensión, bienestar, unión y organización de la familia. La familia y personas con Alzheimer pierden la fortaleza, comprensión, tolerancia, conocimiento de la enfermedad y como manejar la situación.

La familia brinda escaso afecto al enfermo con Alzheimer, se desespera y no involucra a su familiar enfermo en las actividades sociales, familiares y el

enfermo al darse cuenta de esta situación se vuelve una persona intransigente,

malhumorado, deprimido y no comprende por qué su familia actúa de esa manera y al final el afecto familiar va desapareciendo poco a poco. Estas experiencias y estos conocimientos que fueron transmitidos por los participantes del taller les permitió en conjunto proponer las siguientes recomendaciones:

Transmitir y demostrar afecto en forma verbal y física, proporcionar caricias físicas y protección, escribirle palabras agradables, ayudarles a resolver problemas, aceptar al enfermo tal y como es, expresarle que se le ama, compartir con él cenas familiares, intercambiar diálogos, actividades artísticas y sociales.

La información recibida permitió inferir que los participantes comprendieron la necesidad de dar y recibir afecto dentro de la familia y con la persona con Alzheimer que pertenece al núcleo familiar.

SISTEMATIZACIÓN DEL TERCER TALLER:

CONTENIDO:

COMUNICACIÓN FAMILIAR A PERSONAS CON ALZHEIMER:

OBJETIVO:

Evidenciar la comunicación entre la familia y las personas con Alzheimer.

PRIMERA ACTIVIDAD:

Se formaron 5 grupos de trabajo

SEGUNDA ACTIVIDAD:

Consistió en leerles a los participantes el contenido de este taller.

TERCERA ACTIVIDAD:

Fue el análisis y reflexión para definir la comunicación y que cada participante en forma personal analizará lo que es la comunicación y lo escribió en una hoja de papel bond, posteriormente se reunieron en equipo de trabajo y comparten lo que han escrito en un papelógrafo y compartieron sus conclusiones.

Los resultados de esta primera actividad fueron los siguientes:

La comunicación la usan solamente los seres humanos.

La comunicación sirve para platicar e intercambiar sentimientos y pensamientos.

Por medio de la comunicación se sabe como siente y piensa una persona.

La comunicación une a la familia ya que se habla de las cosas cada uno.

La comunicación puede ser positiva o negativa de acuerdo a como quiera usarse.

La comunicación sirve para aprender.

La comunicación sirve para dar y recibir información.

La siguiente actividad fue una dramatización en donde las personas exponen la comunicación intra familiar con el paciente con Alzheimer.

Teniéndose los siguientes resultados:

Se ignora al paciente con Alzheimer.

Se regaña al paciente con Alzheimer.

Es aburrido estar con pacientes con Alzheimer.

Hay culpa en la familia por no comunicarse bien con el Alzheimeriano.

Se aísla al enfermo con Alzheimer debido a su condición.

Es difícil entablar una comunicación con la persona con Alzheimer debido a que no recuerda nada.

La siguiente actividad fue analizar y proponer cambios para mejorar la comunicación. Dentro de estas se obtuvo lo siguiente:

Involucrar a las personas con Alzheimer dentro de la comunicación de la familia.

Conversar con ellos por lo menos 1 hora al día.

Fomentar con ellos el lenguaje escrito y mímico.

Salir con ellos a cafeterías, cines y otros lugares públicos y conversar con ellos.

Escuchar con atención y respeto lo que ellos cuentan.

Responder todas sus preguntas e inquietudes.

Escuchar con calma y paciencia.

Mantener comunicación constante para saber cuales son sus necesidades.

Saludarle por la mañana, medio día y por la noche.

Utilizar los tiempos libres para jugar con ellos juegos de sala.

Dialogar constantemente.

ANÁLISIS DEL TERCER TALLER

En este taller los participantes concluyeron que la comunicación sirve para intercambiar, ideas, sentimientos y pensamientos que permite determinar como piensan y sienten las personas y además une a la familia. La comunicación puede ser positiva o negativa.

Concluyeron que la familia de la persona con Alzheimer ignora y a veces regaña al paciente con Alzheimer, además les parece aburrido tener paciente con esta enfermedad y que después de esta situación se genera sentimientos de culpa por no comunicarse bien y aislar a su familiar enfermo, al mismo tiempo propusieron acciones para mejorar esta comunicación y dentro de las cuales se encuentran involucrar a las personas con Alzheimer. Dentro la comunicación de la familia, conversar con ellos por lo menos una vez al día, fomentar con ellos el lenguaje escrito y mímico así como escuchar con respeto lo que el enfermo cuenta, utilizando la comprensión, la calma y paciencia, fomentado juegos de sala y dialogo constante.

SISTEMATIZACIÓN DEL CUARTO TALLER:

CONTENIDO:

ATENCIÓN FAMILIAR A PERSONAS CON ALZHEIMER:

PRIMERA ACTIVIDAD:

Consistió en formar grupos de trabajo, formando 4 grupos.

SEGUNDA ACTIVIDAD:

A través del análisis las personas manifestaron como se atienden a las personas con Alzheimer.

En los grupos de trabajo, cada persona participante expuso su experiencia de cómo atiende la familia a la persona con Alzheimer y luego escribirán en un papelógrafo los resultados obtenidos de esta actividad. Los resultados fueron los siguientes:

Los abandonan.

Les contestan de mala gana.

Se contratan enfermeros (as) para cuidar a la persona con Alzheimer.

Se contratan cuidadores (as) para cuidar a la persona con Alzheimer.

A veces los encierran en cuartos con llave.

Ya no les dan caricias físicas.

Se anula su participación familiar.

Hay maltrato físico y verbal.

Se les evita las visitas de familiares.

La persona con Alzheimer pierde su autoridad ante la familia por que ya tienen actitudes de niños.

La otra actividad consistió en una dramatización por medio de la cual determinaron como se comporta la persona con Alzheimer con la familia. Dándose los siguientes resultados:

Son exigentes.

Pérdida de memoria.

No recuerdan detalles anteriores o pasados.

No les gusta recibir afecto.

Son Impacientes.

Se quejan con otras personas.

Se mantienen muy tristes.

Quieren estar solas por pena.

Se aíslan socialmente.

Ya no visitan amigos.

Tienen miedo de salir a la calle por olvidos.

Incapaces de asistir a eventos sociales, culturales, recreativos, religiosos.

No dialogan con la familia por olvido de algunas palabras.

Ya no se dedican a sus que haceres cotidianos por la dificultad con el olvido de los números.

En lo social ya no funciona adecuadamente.

Son pocos comprensivos y pocos atentos.

La otra actividad consistió en analizar en equipo los cambios que sufre la familia de personas con Alzheimer, dándose los siguientes resultados:

Ausencia ante eventos familiares.

Ya no se organizan reuniones con la familia y amigos.

Dejan de trabajar algunas personas por cuidar a la persona con Alzheimer.

Pérdida de libertad y de acción familiar.

Ya no asisten a eventos culturales, deportivos, religiosos, sociales.

Dependencia con el enfermo con Alzheimer.

Deterioro en las relaciones intra familiares.

A través de un análisis grupal los participantes evidenciaron las limitantes que tiene la familia con personas con Alzheimer. Se obtuvo los siguientes resultados:

Incomprensión para la persona con Alzheimer.

Poca tolerancia.

Sentimientos de culpa.

Sentir pena y vergüenza ante otras personas por el enfermo con Alzheimer.

Poco conocimiento de la enfermedad de Alzheimer.

No se tiene ayuda psicológica para fortalecer a la familia.

Escasas instituciones para el tratamiento de estos casos.

La sociedad no comprende esta situación.

Como última unidad en una lluvia de ideas los participantes reunidos en asamblea, en forma verbal exponen de acuerdo a su experiencia las dificultades que se tienen para atender a personas con Alzheimer. Obteniéndose los siguientes resultados:

Brindarles caricias físicas y verbales a las personas con Alzheimer.

Involucrarlos en las actividades familiares.

Organizar a la familia para que se turnen en el cuidado de la persona con Alzheimer cuando realicen actividades sociales.

Involucrarlos en actividades sociales, culturales y recreativas, pero que esté cerca algún miembro de la familia.

Formar grupos de apoyo dentro de familiares de personas con Alzheimer.

Organizar reuniones familiares entre familias que tengan persona con Alzheimer.

Recibir atención psicológica grupal las familias que tienen personas con Alzheimer.

Organizarse para recibir capacitación sobre como orientar esta situación.

ANÁLISIS DEL CUARTO TALLER:

Otro de los aspectos que manifestaron los participantes es que para atender a sus enfermos tienen algunas dificultades y limitaciones entre las que se encuentran:

Las ocupaciones de cada uno de la familia, los bajos ingresos económicos, poco conocimiento de la enfermedad y sus efectos, poca capacidad para controlar la situación, no dormir lo suficiente por atender al paciente, hogar desintegrado, enfermedad en miembros de la familia, incomprensión y poca tolerancia al enfermo, sentimientos de culpa, pena y vergüenza ante otras personas, poca ayuda psicológica, escasas instituciones para atender estos casos y la sociedad no comprende esta situación, hace que no se tenga la capacidad para atender como se merece el familiar enfermo, esto provoca discrepancia familiar, alterando la buena relación y ayuda que debe prevalecer en la familia.

Para mejorar toda esta situación, los participantes proponen cambiar de actitud para fortalecer la atención, en donde se de acciones que brinden caricias a los enfermos, organizar a la familia en turnos, involucrar a todos los familiares en grupos de apoyo con otras familias, recibir atención psicológica y atención.

Por lo anterior se infiere que las familias tienen problemas para atender a los enfermos debido al desconocimiento de la enfermedad, la actitud de los enfermos, las dificultades y las limitantes, pero los talleres les han permitido sensibilizarse y es así como han dejado plasmado propuestas que de llevarse a cabo mejorarán la atención al enfermo con Alzheimer.

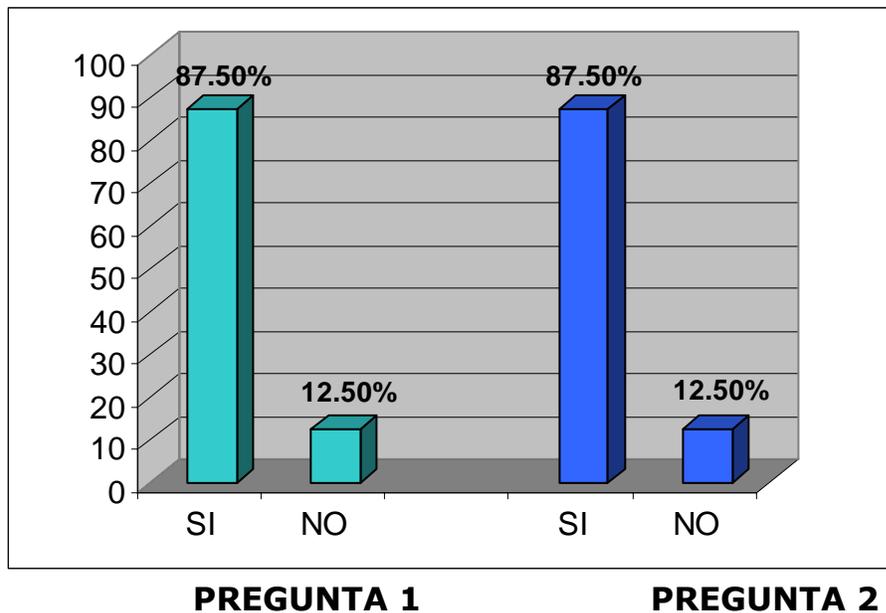
3.1.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE LA ENCUESTA:

Los resultados de la encuesta aplicada después de los talleres dieron los siguientes resultados

ÁREA DE LOS CAMBIOS PSICOSOCIALES DE PERSONAS CON ALZHEIMER:

GRÁFICA No. 1

RESULTADO DE LA ENCUESTA DESPUÉS DE LOS TALLERES ÁREA: PSICOSOCIAL



PREGUNTA 1: ¿Comprendió usted por qué las personas con Alzheimer tienen cambios psicosociales?

35 respondieron que SI y 05 NO, de los cuales 20 mujeres y 15 hombres dijeron SI y 5 hombres dijeron que no podían.

35 respondieron que sí, dentro de las respuestas se encontraron: porque la enfermedad no les permite coordinar bien, los enfermos actúan sin sentido, se vuelven dependientes de los demás, se deteriora y distorsiona la memoria, no coordinan sus ideas, tienen cambios de conducta habitual y 5 que no, dentro de las respuestas más comunes se encontraron: seguían sin saber la causa de la enfermedad, no entendían muy bien, no se les quedó mucho de la enfermedad. De los cuales 20 mujeres y 15 hombres dijeron sí y 5 hombres dijeron que no podían.

PREGUNTA 2: ¿Puede usted a partir de ahora ayudar al enfermo con Alzheimer a que se reintegre a la sociedad?

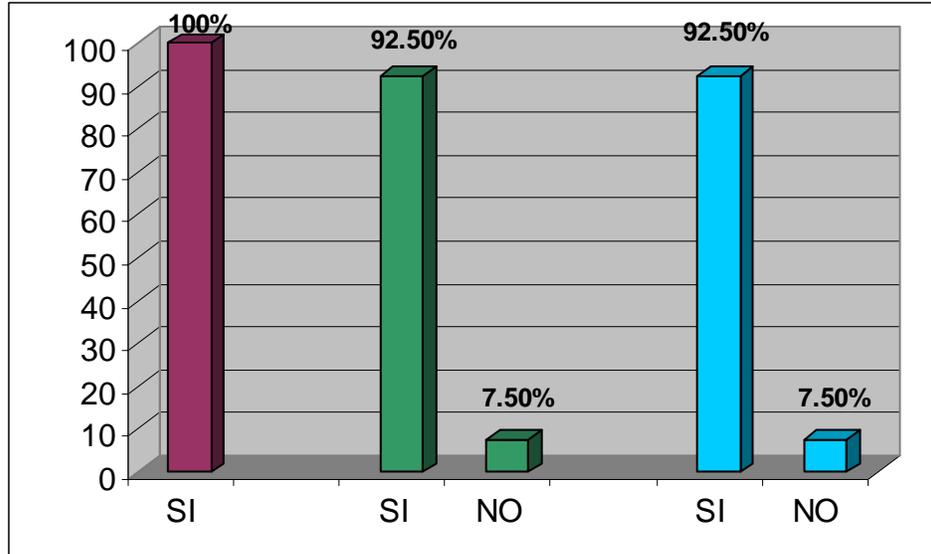
De las 40 personas 35 dijeron que SI y 05 dijeron que NO.

De las 40 personas 35 dijeron sí, de las respuestas más comunes se obtuvo: hay que tomar en cuenta al familiar en actividades familiares, para que el familiar no se sienta solo y que salga adelante, la familia le da el apoyo, que le van hacer participar más, lo que aprendieron en los talleres lo van a transmitir, ya no le van a aislar, ahora tienen capacidad de hacerlo y 5 dijeron no, porque no le pueden dedicar más tiempo, ellos no son los encargados, el trabajo no lo permite, no están bien preparados para integrarlo a la sociedad.

ÁREA DE AFECTIVIDAD FAMILIAR A PERSONAS CON ALZHEIMER:

GRÁFICA No. 2

ÁREA: AFECTIVIDAD



PREGUNTA 1

PREGUNTA 2

PREGUNTA 3

PREGUNTA 1: ¿Comprendió cómo se da el afecto dentro de la familia?

40 dijeron que SI, 20 mujeres y 20 hombres dijeron que SI.

40 dijeron que sí, dando cariño y caricias el enfermo se siente mejor, demostrar al enfermo que se le quiere y ama, porque todas las personas necesitan saber que se les quiere, abrazándoles, acariciándoles, diciéndoles que se les quiere, por medio de palmadas en la espalda, obsequios para que se sientan bien; 20 mujeres y 20 hombres dijeron sí.

PREGUNTA 2: ¿Cambió su actitud al proporcionarle a su familiar con Alzheimer afectividad con calidad?

37 dijeron que SI y 03 que NO, de los cuales 20 mujeres y 17 hombres dijeron que SI y 03 hombres que NO.

37 dijeron que sí, porque mi familiar merece que se le brinde atención, ahora se sienta entre la familia, porque el enfermo se siente mejor dándole cariño, le ayudará a su bienestar y estado de ánimo, porque si no es la familia quien, se observa más contento y participa más el enfermo, emocionalmente mejora el enfermo; 3 dijeron que no, no he podido hacerlo, por el trabajo no tienen tiempo. De los cuales 20 mujeres y 17 hombres dijeron sí y 3 hombres dijeron no.

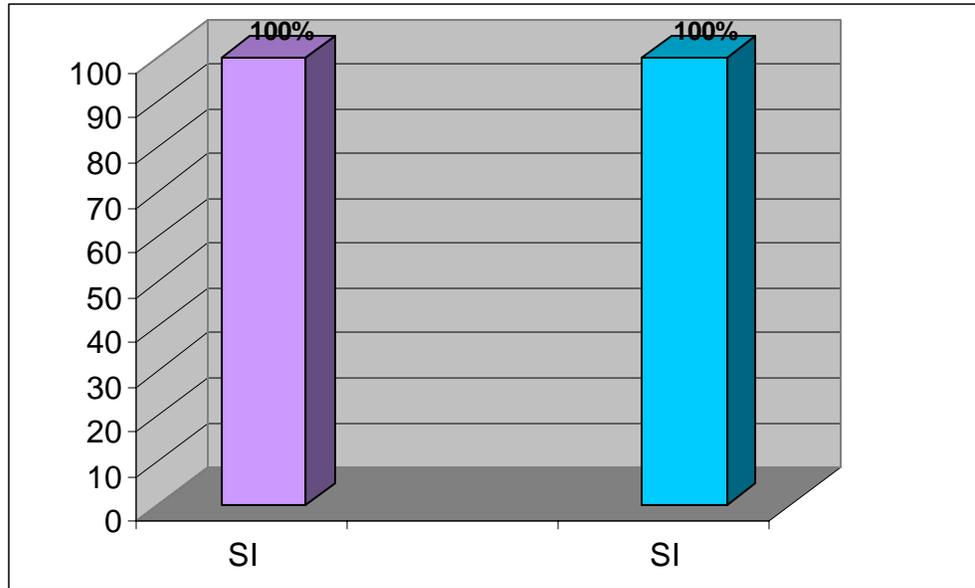
PREGUNTA 3: ¿De hoy en adelante tomará una actitud que mejore las relaciones familiares de las personas con Alzheimer?
37 dijeron que SI y 03 que NO, de los cuales 20 mujeres y 17 hombres dijeron que SI y 03 hombres que NO.

37 dijeron sí, los familiares son los responsables de que el familiar enfermo se sienta bien, porque la familia es la encargada de dar seguridad y afecto, porque el enfermo depende de los familiares, porque en los talleres se aprendió que la familia es el apoyo para sacar adelante al pariente enfermo, con el apoyo de los familiares el paciente saldrá adelante; 3 dijeron que no, no saben si tomarán una actitud diferente, no sabrían decir. De los cuales 20 mujeres y 17 hombres dijeron sí y 3 hombres no.

ÁREA COMUNICACIÓN FAMILIAR A PERSONAS CON ALZHEIMER:

GRÁFICA No. 3

ÁREA: COMUNICACIÓN



PREGUNTA 1

PREGUNTA 2

PREGUNTA 1: ¿Comprendió cómo la comunicación intrafamiliar da una mejor calidad de vida a la persona con Alzheimer?

Las 40 personas dijeron que SI, de las cuales 20 son mujeres y 20 son hombres.

la comunicación es importante para mejorar la atención, si no hay buena comunicación no se sabe como afrontar la enfermedad del paciente, ayuda a estar más unidos y mejorar el trato, expresando sus ideas al paciente se le beneficia mejor.

PREGUNTA 2: ¿Después de los talleres, considera que ha mejorado la comunicación con las personas con Alzheimer?

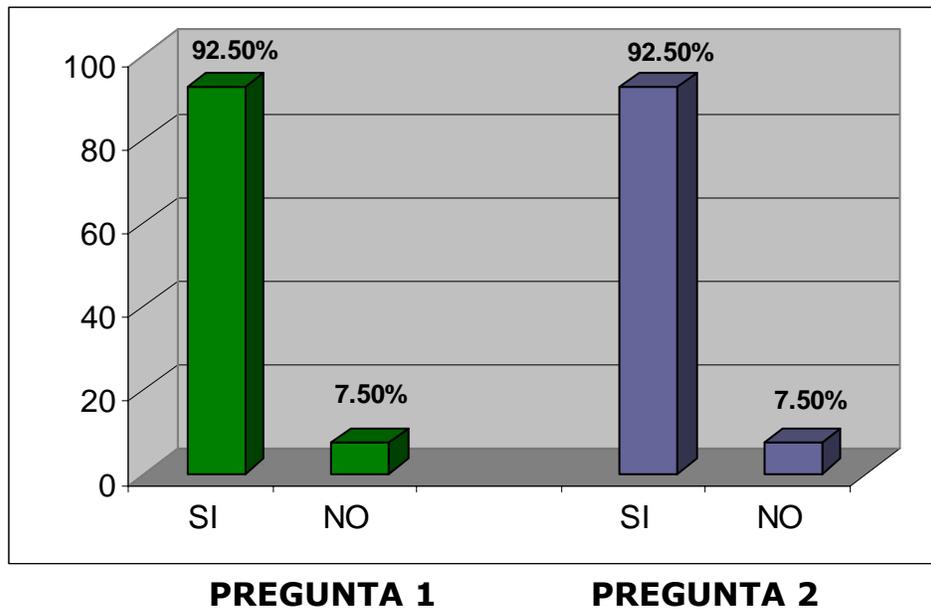
Las 40 personas dijeron que SI, de las cuales 20 son mujeres y 20 son hombres.

20 mujeres y 20 hombres dijeron sí, ahora aprendimos a escuchar al familiar enfermo, los talleres sirvieron de base para mejorar la comunicación, ahora saben escuchar al pariente enfermo, la comunicación mejoró bastante, a través de saberlo escuchar se le entiende y quiere más al pariente enfermo, se escucha con mayor atención al pariente enfermo, porque ahora se ha facilitado la atención al enfermo.

ÁREA ATENCIÓN FAMILIAR A PERSONAS CON ALZHEIMER:

GRÁFICA No. 4

ÁREA: ATENCIÓN



PREGUNTA 1: ¿Después de los talleres considera usted que la atención proporcionada a las personas con Alzheimer les mejora su calidad de vida?

37 respondieron que SI y 03 que NO, de los cuales 20 mujeres y 17 hombres dijeron que SI y 03 hombres dijeron que NO.

37 respondieron sí, porque ahora nos dimos cuenta de los errores cometidos con anterioridad, ahora lo enmendamos, antes lo aislaban, ahora lo toman en cuenta, ahora mantenemos el cuidado de su tratamiento, el ambiente afectivo ha mejorado, ya no se le aísla y se le toma más en cuenta, la atención es sumamente importante, ahora nos enseñaron cosas que no sabíamos, la buena atención ayuda a mejorar su dolencia, la atención es importante para que el paciente salga adelante y sentirse mejor, de esa manera se le ayuda al paciente y 3 no, no podrían hacerlo. De los cuales 20 mujeres y 17 hombres dijeron sí y 3 hombres que no podían.

PREGUNTA 2: ¿Después de los talleres, tendrá usted la capacidad de brindarle mejor atención a la persona con Alzheimer?

37 respondieron que SI y 03 que NO, de los cuales 20 mujeres y 17 hombres dijeron que SI y 03 hombres dijeron que NO.

37 respondieron sí, del grupo aprendimos cosas nuevas para una mejor atención, por la enseñanza recibida de los talleres, de los talleres aprendimos

como entender, comprender y dar afecto a la persona enferma, los talleres fueron bien

completos, los talleres beneficiaron a todos los participantes dando sugerencias para cuidar al familiar enfermo y 3 que no, porque no tienen el tiempo necesario. De los cuales 20 mujeres y 17 hombres dijeron sí y 3 hombres dijeron que no podían.

La investigación se realizó con personas adultas que de alguna manera se involucra con personas con Alzheimer, entre estas personas hay cuidadores y familiares de enfermos con esta enfermedad. Los participantes en los talleres están en constante comunicación y capacitación en la Asociación Grupo Ermita y seleccionaron 20 mujeres y 20 hombres para la realización de los 4 talleres, dentro de los cuales, las personas proporcionaron conocimientos y experiencias propias y vividas de otras personas y los investigadores únicamente fueron facilitadores de la acción vivencial de cada uno de ellos.

Resultado de evaluación de la actitud de los participantes a los talleres, se aplicó una entrevista estructurada utilizando para ello que evaluara el cambio de actitud de los participantes de los talleres.

“ANÁLISIS GENERAL DE LOS TALLERES VIVENCIALES”

La mayoría de los participantes en los talleres desconocen el origen de la enfermedad del Alzheimer, pero estuvieron concientes de los cambios de conducta que tuvieron sus pacientes, que se fueron dando paulatinamente. El estrés provocado por la conducta del enfermo originó dentro de los miembros de la familia depresión, incomprensión, pérdida de libertad, desvalorización, provocando desunión familiar.

Las relaciones con otras familias y otros grupos sociales resultó incómodo a los familiares que tenían familiar con Alzheimer. Las emociones dentro del grupo familiar fueron afectadas en forma negativa, manifestándose en tristeza, odio, cólera, envidia, desamor, descontrol, irrespeto, enojo, orgullo y esto provocó carencia de afecto hacia el enfermo, se le aisló de actividades sociales y familiares, provocando en esta familia con Alzheimer que se convirtiera en una persona intransigente, malhumorada y deprimida.

Los participantes manifestaron que la comunicación también se ve afectada ya que al pariente enfermo se le ignora, regaña y además a la familia le parece aburrido tener un pariente con esta enfermedad, al vivir esta situación la familia genera sentimientos de culpa por no tener una buena comunicarse y aislar al enfermo.

Las personas que participaron a los talleres, reconocieron que los familiares tienen dificultades y limitaciones para enfrentar esta situación dentro de esas limitantes están: las ocupaciones de cada uno de los familiares, los bajos ingresos económicos, poco conocimiento de la enfermedad y sus efectos, poca capacidad para controlar la situación, incomprensión y poca tolerancia. No se

cuenta con suficientes programas de ayuda psicológica hacia la familia, lo que no permite mejorar esta situación.

Los participantes consideraron que los familiares deben transmitir y demostrar a su pariente enfermo afecto en forma verbal, física y escrita, compartir actividades familiares y sociales. También consideraron que se debe mejorar la comunicación con ellos por lo menos una vez al día, fomentando en ellos el lenguaje escrito y mímico, así como hacer buenos escuchas. Manifestaron los participantes que la relación familiar con su enfermos debe mejorar cambiando de actitud, para fortalecer la situación y también involucrar a todos los familiares para atención psicológica.

Según la encuesta realizada después de los talleres, un gran porcentaje respondió que ahora si comprendieron la actitud de las personas con Alzheimer y sus cambios psicosociales y que a partir de ahora tiene los elementos necesarios para ayudar a su familiar enfermo a que se integre a la sociedad, proporcionando atención, demostrando cariño para lograr un mejor bienestar.

Manifestaron los participantes que este momento han aprendido a escuchar a su familiar enfermo y que los talleres ayudaron a mejorar la comunicación de una mejor manera, esta situación les permitirá atender de una mejor manera a la persona con Alzheimer, puesto que ya no la aislarán y la tomarán en cuenta .

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. CONCLUSIONES:

1. Después de efectuados los talleres se tuvo como resultado que más del 80% de los participantes comprendieron por qué las personas con Alzheimer tienen cambios psicosociales y que la familia puede ayudar al enfermo a integrarlo a la sociedad. También cambió su actitud para proporcionarle a su familiar afecto con calidad, comprendiendo que la comunicación familiar mejora la calidad de vida de la persona con Alzheimer.
2. Las familias de personas con Alzheimer, expresaron las limitaciones para manejar la situación de la enfermedad del Alzheimer y contribuyeron para diseñar un programa de atención, que permita la buena comunicación, atención, respeto y cariño.
3. El enfermo con Alzheimer apoyado por sus familiares puede realizar actividades sociales, culturales y deportivas.
4. Los familiares con quienes se realizó este estudio, son personas con familias normales que en algún momento de desorientación se enmarcaron dentro del tipo de familias agotadas al no saber manejar la situación.
5. Los familiares de personas con Alzheimer no conocen las causas que han provocado la enfermedad en el paciente por lo que no saben como manejar la situación.
6. Los pacientes con Alzheimer poco a poco van perdiendo sus capacidades de memoria, pensamiento, lenguaje; lo que dificulta la relación de ellos con su familia, quedándose aislados de la sociedad lo que obstaculiza la relación intrafamiliar.
7. Los sentimientos y las emociones se ven alteradas cuando dentro de la familia existe una persona con Alzheimer generándose dentro de ésta familia necesidades de fortaleza, comprensión, tolerancia, conocimiento de la enfermedad y conocimiento de cómo manejar la situación.
8. La comunicación intrafamiliar se deteriora dentro de la familia con personas que padecen Alzheimer, debido al significado de las palabras por parte del paciente y los otros miembros de la familia, generando ansiedad y estrés por la situación que les toca vivir. Regañando y a veces ignorando a su familiar enfermo.
9. Cuando la enfermedad avanza en las personas con Alzheimer, algunos son abandonados, a otros se les contrata enfermera, o se les encierra bajo llave, algunos sufren de maltrato físico y verbal, se les evita visitas de familiares,

amigos y conocidos, perdiéndose de esa manera su autoridad ya que tienen actitudes como los niños.

10. Las personas con Alzheimer son poco comprensivas y atentas por lo que ya no funcionan adecuadamente en lo social, ausentándose de eventos familiares, culturales, deportivos y religiosos.
11. Se evidenció que la familia se encuentra con la limitante de incomprensión, poca tolerancia, sentimiento de culpa, pena y vergüenza, no tienen ayuda psicológica para fortalecerse.
12. Los familiares tienen problemas para atender a los enfermos debido al desconocimiento de la enfermedad, la actitud de los enfermos, las dificultades y límites, los talleres les han permitido sensibilizar y es así como han dejado plasmado propuestas que de llevarse a cabo mejorarán la atención al enfermo con Alzheimer.
13. Después de los talleres y resultados obtenidos, se acepta la hipótesis planteada al comprobar que un programa de atención a familiares de personas con Alzheimer fortalece la calidad de vida y mejora las relaciones intrafamiliares.

4.2. RECOMENDACIONES:

1. Utilizar el presente programa de atención a familiares de personas con Alzheimer, sirva como una herramienta metodológica para mejorar la calidad de vida de las personas con Alzheimer.
2. Dentro de la familia se brinde afecto, comprensión, atención y trato con delicadeza a las personas con Alzheimer, manteniendo una buena comunicación e involucrándolas en actividades sociales.
3. A la persona con Alzheimer se le transmita y demuestre afecto en forma verbal, física y por escrito.
4. Fomentar en la familia el compartimiento de actividades artísticas, sociales, religiosas y familiares con la persona con Alzheimer.
5. Involucrar dentro de la comunicación familiar a las personas con Alzheimer y conversar con ellas por lo menos una hora al día. Escuchando con calma, atención, paciencia y respeto lo que manifieste la persona enferma.
6. A la familia, que cambie de actitud a través de la práctica del programa de atención, mejorando al cuidado del paciente con Alzheimer, permitiendo acciones que brinden caricias. Organizar a la familia en turnos, involucrando a todos los miembros en grupos de apoyo con otras familias para recibir ayuda psicológica.

BIBLIOGRAFÍA:

Craig,, Grace J., (1996), *DESARROLLO PSICOLÓGICO*, Sexta Edición, México, Editorial Prentice Hall, pp 685.

Dávila Vásquez, Carlos, (1999), *DIPLOMADO A DISTANCIA PROMOCIÓN DE LA SALUD DEL ADULTO MAYOR*, Asociación Grupo Ermita de Guatemala, Guatemala, Unidad VI, pp. 71.

Dorsch, Friedrich, (1981), *DICCIONARIO DE PSICOLOGÍA*, Cuarta Edición, Barcelona, Editorial Herder, pp. 1070.

Editorial Reader'Digest, (1991), *LOS PORQUES DE LA MENTE HUMANA*, México, pp. 336.

González Mas, Rafael, (2000), *ENFERMEDAD DE ALZHEIMER*, Barcelona, Editorial Masson, pp. 201.

Kolb, Lawrence C., (1985), *PSIQUIATRÍA CLÍNICA MODERNA*, Sexta Edición, México, Editorial La Médica Mexicana, S.A., pp. 1016.

Luna Zamora, Rogelio, *DISCURSO Y PRÁCTICAS CULTURALES*, Guadalajara, Revista No. 18, Colección Babel, pp. 80.

Morris, Charles G., (1992), *PSICOLOGÍA*, Séptima Edición, México, Editorial Prentice-Hall, pp. 690.

Otten Berducido Pinzón, Ana Margoth (de), (2001), *LA ALTERNATIVA DEL TRABAJO SOCIAL FRENTE AL ADULTO MAYOR AFECTADO POR LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER*, Guatemala, Tesis de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Rafael Landívar,

Powel, Leonore S. y Courtice, Katie, (1988), *ENFERMEDAD DE ALZHEIMER*, Segunda Edición, México, Editorial Pax, pp. 303.

Revista Panamericana de la Salud, (2001), *LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN EL AÑO 2001*, Volumen 10 No. 4, pp. 276.

Smirnov, A.A., Rubinstein, S.L., Leontiev, A.N. y Tieplov, B.M., (1960), *PSICOLOGÍA*, México, Editorial Grijalbo, S.A., pp. 571.

Tórtora, Gerard J. y Anagnostakos Nicholas P., (1993), *PRINCIPIOS DE ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA*, Sexta Edición, México, Editorial Harla, pp. 1206.

Whittaker, James O., (1977), *PSICOLOGÍA*, Tercera Edición, México, Editorial Interamericana, S.A., pp. 500.

W.W.W.ALZHEIMERS.COM

A N E X O S

PRESENTACIÓN DEL PROGRAMA:

Los familiares que tienen personas con Alzheimer, necesitan un programa de atención que les apoye para llevar de una mejor manera la problemática que se entiende por la enfermedad del Alzheimer.

Tanto las personas con Alzheimer como sus familiares requieren de mucha dedicación y de mucha atención y este programa al aplicarlo les devolverá la esperanza, alegría, comprensión, comunicación, cariño y el afecto intra familiar, ya que lleva dentro de el, el conocimiento, la experiencia de familiares y cuidadores de personas con Alzheimer; es decir, que este programa fue elaborado por medio de los talleres vivenciales por lo cual, los participantes proporcionaron la información necesaria para elaborar este programa.

Al aplicar este programa, tanto la persona con Alzheimer como la familia, mejorarán sus emociones, controlando la ansiedad, la angustia, así como sentimientos negativos que sufren por la enfermedad del Alzheimer.

PROGRAMA DE ATENCIÓN A FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER

OBJETIVOS	ÁREA: PSICOSOCIAL	ACTIVIDAD
<p>Lograr que los familiares de personas con Alzheimer, tengan una actitud positiva para realizar una serie de acciones que permitan a su familiar enfermo la recuperación psicosocial, a través de actividades grupales que fomenten la autoestima adecuada.</p>	<p>CONCEPTO:</p> <p>La sociedad proporciona una serie de acciones estímulos para que las personas actúen de determinada manera.</p> <p>La socialización es un proceso que utiliza la sociedad para que las personas adquieran normas, costumbres, tradiciones, que van formando la personalidad.</p> <p>El área psicosocial es importante ya que se le da a las personas condiciones y situaciones que les permite vivir con o sin calidad de vida.</p> <p>La sociedad por medio de acciones, da elementos que nutren la personalidad afectando su psiquismo y su aspecto físico.</p>	<p>CON LA PERSONA CON ALZHEIMER</p> <p>Realizar acciones sociales que la involucren, conduciéndola con afecto, comprensión y atención.</p> <p>Dentro del hogar los familiares la tratan con delicadeza.</p> <p>Constantemente se le brinda caricias físicas y afecto.</p> <p>Se escribe los horarios de toma de medicina y las tareas a realizar.</p> <p>Se realizan actividades dentro de los cuales se le permite expresarse.</p> <p>Se tiene especial cuidado para brindarle constantemente demostraciones de amor, ya sea verbal o escrito.</p> <p>Se escucha activamente para ir mejorando su calidad de vida.</p> <p>Expresarle constantemente sus cualidades positivas.</p> <p>Fomentar actividades recreativas grupales, así como actividades de lectura, pintura, etc., para que sigan desarrollando sus aptitudes recreativas y artísticas.</p> <p>Elogiarlo (a) constantemente y felicitarlo para mantener su autoestima.</p> <p>Involucrarlo en momentos sanos de diversión en donde toda la familia este feliz, por ejemplo: Paseos por el campo o ciudad, excursiones y actividades al aire libre.</p> <p>Jugar con ellos juegos de salón.</p>

PROGRAMA DE ATENCIÓN A FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER

OBJETIVOS	ÁREA: AFECTIVIDAD	ACTIVIDAD
<p>Que la familia utilice el afecto en forma, verbal, física y escrita para recuperar la unión y el amor, como base para una buena relación que proteja a su familiar enfermo.</p>	<p>CONCEPTO:</p> <p>La afectividad es algo inherente al ser humano, que permite expresar sentimientos de solidaridad, estimación y aprecio.</p> <p>Cuando esta área se cumple adecuadamente, la persona que la da y/o recibe, generan emociones positivas de estimación de si misma y surge el deseo de crecer, proteger y producir bienestar a uno mismo y a los demás.</p> <p>Al faltar el afecto dentro de la familia, se genera la desunión y el desamor y la familia entra en un círculo de calamidad que afecta las relaciones intra familiares, ya que el afecto lleva su gran dosis de amor que es la base de toda buena relación que se convierte en protección, desarrollo y realización como ser humano.</p>	<p>CON LA PERSONA CON ALZHEIMER</p> <p>Transmitirle y demostrar el afecto en forma verbal, físico y escrito.</p> <p>Constantemente acariciarla físicamente para que se sienta protegida, querida, aceptada y de esa manera generarle sentimientos agradables.</p> <p>Proporcionarle constantemente obsequios, escribiéndole palabras estimulantes agradables.</p> <p>Ayudarla a resolver problemas brindando satisfacción en sus áreas de vivienda, atención, alimentación y salud.</p> <p>Aceptarlo tal y como es, con su aptitudes, habilidades y carácter, expréseles que la aman y quieren y que siempre son personas importantes.</p> <p>Programa periódicamente cenas familiares en donde se intercambie acciones de diálogo y artística como tocar flauta, guitarra, etc.</p>

PROGRAMA DE ATENCIÓN A FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER

OBJETIVOS	ÁREA: COMUNICACIÓN	ACTIVIDAD
<p>Fortalecer el proceso comunicativo dentro de la familia y su familiar con Alzheimer, de esa manera satisfacer las necesidades, deseos e intereses; comunicándose con aprecio y atención para garantizar el funcionamiento del grupo familiar.</p>	<p>CONCEPTO:</p> <p>La comunicación es un proceso humano por medio del cual se transmiten pensamientos, ideas y sentimientos.</p> <p>Es por medio de este proceso como la familia conoce de sus integrantes, sus necesidades, deseos e intereses.</p> <p>La comunicación acerca a las personas, las hace sentir más seguras y permite intercambiar información para recibir respuestas.</p> <p>La comunicación debe de darse de frente y con valor, eso significa que la familia tenga tiempo de escucharse, comunicándose con aprecio y atención, para determinar como se sienten y piensan.</p> <p>La comunicación garantiza el funcionamiento del grupo familiar y la unión de sus integrantes.</p>	<p>CON LA PERSONA CON ALZHEIMER</p> <p>Involucrarla dentro de la comunicación de la familia.</p> <p>Conversar con ellas por lo menos una hora al día.</p> <p>Intercambiar con ellas el lenguaje escrito y mímico.</p> <p>Salir con ellos a cafeterías, cines y otros lugares públicos para conversar con ellos.</p> <p>Escucharlos con atención y respeto lo que ellos conversan.</p> <p>Responder con cariño a todas sus preguntas e inquietudes.</p> <p>Saludarla por la mañana, tarde y noche.</p> <p>El diálogo debe mantenerse en un ambiente agradable y con calma, en el cual se escribe a los miembros de la familia, con respeto.</p>

PROGRAMA DE ATENCIÓN A FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER

OBJETIVOS	ÁREA: ATENCIÓN	ACTIVIDAD
<p>Fortalecer la disponibilidad de atención de los familiares hacia la persona con Alzheimer, para ayudarla en su crecimiento emocional con seguridad y bienestar.</p>	<p>CONCEPTO:</p> <p>La atención es la disponibilidad que tiene una persona de observar y ayudar a otra.</p> <p>Esta área es básica en el crecimiento emocional de las personas, ya que al sentirse atendidas se genera el pensamiento y sentimiento de seguridad y bienestar.</p> <p>Por medio de a atención, se satisfacen necesidades, deseos e intereses y se logra una mejor calidad de vida para la persona que es atendida.</p> <p>La atención hace que las personas sean mas unidas comunicaciones, se sienten apoyados y protegidos.</p>	<p>CON LA PERSONA CON ALZHEIMER</p> <p>Organiza a la familia para que se turnen en el cuidado de la persona con Alzheimer.</p> <p>Formar grupos de apoyo dentro de familias de persona con Alzheimer.</p> <p>Recibir atención psicológica de apoyo para prestar una mejor atención al familiar enfermo.</p> <p>Realizar tareas todos los miembros de la familia.</p> <p>Apoyarlos a resolver todas sus necesidades.</p> <p>Demostrarle interés por las actividades que ellos realizan.</p> <p>Apoyarlos en sus actividades de organización, salud, recreación, etc.</p>

RESPONSABLES: AURA LUCILA VALDÉZ VALDÉZ Y ELDER ROLANDO VÁSQUEZ MORENO

ASESOR: LIC. ÁNGEL BENJAMÍN SALAZAR VALENCIA.

TALLER No. 1

CONTENIDO Cambios psicosociales de personas con Alzheimer

FECHA:

LUGAR: Grupo Ermita 10 av. "A" 1-48 zona 1

OBJETIVO GENERAL: Que los familiares de personas con Alzheimer comprendan las causas y efectos del Alzheimer.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
Presentación verbal	Conocer a los facilitadores y la planificación.	Los facilitadores se presentan y dan lectura a la planificación del taller.	Los facilitadores y la planificación del taller	Aura Lucila Valdéz Valdéz Elder Rolando Vásquez M.	09:00 a 09:05
La planchada	Conocer a participantes del taller.	Cada participante escogerá a otra persona para formar pareja y luego formado en parejas, una persona imitará que está planchando la falda pantalón o blusa de la otra persona y en ese momento dirá su nombre y tres cualidades positivas que posee. Luego se invierte los papeles, la persona que ha sido planchada se convertirá en la persona que planchará a la Otra. Después de la planchada, el grupo se formará en un círculo donde la persona que ha sido planchada, presenta ante el grupo a su planchador-a informando en voz alta su nombre y sus cualidades.	Personas participantes.	Aura Lucila Valdéz Valdéz Elder Rolando Vásquez M.	09:05 a 09:20

TRABAJO DE TESIS: PROGRAMA DE ATENCIÓN A FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER

RESPONSABLES: AURA LUCILA VALDÉZ VALDÉZ Y ELDER ROLANDO VÁSQUEZ MORENO

ASESOR: LIC. ÁNGEL BENJAMÍN SALAZAR VALENCIA.

TALLER No. 1

CONTENIDO:

FECHA:

LUGAR:

OBJETIVO GENERAL:

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
Lluvias de ideas	Conocer las causas que originan la enfermedad de Alzheimer.	Expondrán en voz alta las causas por las cuales una persona adquiere la enfermedad de Alzheimer y los facilitadores escribirán en los papelógrafos cada una de las intervenciones de la general.	Salón, papelógrafos, mesas, sillas, marcadores, maskin tape. Luego los facilitadores darán una síntesis de lo expuesto por los participantes.	Aura Lucila Valdéz Valdéz Elder Rolando Vásquez M.	09:20 a 09:45
Trabajo en grupo	Determinar los cambios psicosociales que tienen las personas con Alzheimer	Los participantes se enumerarán del 1 al 5 y luego de acuerdo al número, se formarán 5 grupos de trabajo. Ya formados en grupos de trabajo, los participantes compartirán los cambios psicosociales en pacientes con Alzheimer y a criterio de ellos como deben de ser manejados por los familiares. Todo esto deben escribirlo en papelógrafo, luego de haber	Salón, papelógrafos, mesas, sillas, marcadores, maskin tape.	Aura Lucila Valdéz Valdéz Elder Rolando Vásquez M.	09:45 a 10:30

TRABAJO DE TESIS: PROGRAMA DE ATENCIÓN A FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER

RESPONSABLES: AURA LUCILA VALDÉZ VALDÉZ Y ELDER ROLANDO VÁSQUEZ MORENO

ASESOR: LIC. ÁNGEL BENJAMÍN SALAZAR VALENCIA.

TALLER No. 1

CONTENIDO:

FECHA:

LUGAR:

OBJETIVO GENERAL:

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
La papa caliente	Recrear a los participantes	terminado esta dinámica los participantes se reúnen en una asamblea en donde van a exponer su trabajo escrito cada grupo. Los participantes formados en círculo, pasan de mano en mano un objeto, mientras un facilitador y a una señal se detendrá el objeto y a la persona que le quede el objeto, responderá una pregunta que le hará el facilitador.	Participantes facilitadores.	Aura Lucila Valdéz Valdéz Elder Rolando Vásquez M.	10:30 a 10:40
Dramatización	Determinar los cambios sociales que sufre la persona con Alzheimer.	Cada grupo tendrá 15 minutos para preparar una dramatización con respecto a como actúa la persona con Alzheimer, la familia y la sociedad y luego escribirán como deben de comportarse los familiares ante esta situación. Cada grupo tendrá 10 minutos para presentar su dramatización	Participantes facilitadores.	Aura Lucila Valdéz Valdéz Elder Rolando Vásquez M.	10:40 a 11:45

TRABAJO DE TESIS: PROGRAMA DE ATENCIÓN A FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER

RESPONSABLES: AURA LUCILA VALDÉZ VALDÉZ Y ELDER ROLANDO VÁSQUEZ MORENO

ASESOR: LIC. ÁNGEL BENJAMÍN SALAZAR VALENCIA.

TALLER No. 1

CONTENIDO:

FECHA:

LUGAR:

OBJETIVO GENERAL:

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
Reflexión y análisis Trabajo en grupo	Conocer los cambios psicológicos que sufre la familia de personas con Alzheimer.	ante la general y leer lo escrito. En 5 minutos cada participante en forma individual escribirá en una hoja en blanco los cambios psicosociales que considera que sufre la familia de personas con Alzheimer, luego se reunirán con su grupo y compartirán lo escrito en forma individual. Posteriormente el equipo hará una síntesis de todo lo escrito por los participantes y escribirá en un papelógrafo. El resultado del trabajo en equipo, será explicado por cada grupo a la general.	Participantes facilitadores papelógrafos maskin tape, sillas, marcadores.	Aura Lucila Valdéz Valdéz Elder Rolando Vásquez M.	11:45 a 12:45
Lluvias de ideas	Elaborar conclusiones y recomendaciones para la familia.	Los participantes expondrán verbalmente primero a las conclusiones a que llegaron en este taller y recomendaciones a la familia.	Participantes facilitadores	Aura Lucila Valdéz Valdéz Elder Rolando Vásquez M.	12:45 a 12:55

TRABAJO DE TESIS: PROGRAMA DE ATENCIÓN A FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER

RESPONSABLES: AURA LUCILA VALDÉZ VALDÉZ Y ELDER ROLANDO VÁSQUEZ MORENO

ASESOR: LIC. ÁNGEL BENJAMÍN SALAZAR VALENCIA.

TALLER No. 1

CONTENIDO:

FECHA:

LUGAR:

OBJETIVO GENERAL:

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
Despedida	Despedir a los participantes.	Los facilitadores escribirán en un papelógrafo lo dicho por los participantes. Los facilitadores agradecen verbalmente al grupo participante.	Facilitadores	Aura Lucila Valdéz Valdéz Elder Rolando Vásquez M.	12:55 a 13:00

RESPONSABLES: AURA LUCILA VALDÉZ VALDÉZ Y ELDER ROLANDO VÁSQUEZ MORENO

ASESOR: LIC. ÁNGEL BENJAMÍN SALAZAR VALENCIA.

TALLER No. 2

CONTENIDO Afectividad familiar a personas con Alzheimer

FECHA:

LUGAR: Grupo Ermita 10 av. "A" 1-48 zona 1

OBJETIVO GENERAL: Determinar la afectividad entre familiares y personas con Alzheimer.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
Saludo y abrazo.	Preparar un ambiente agradable para los participantes del taller.	Los participantes formarán un círculo, luego en 50 segundos le dan un abrazo a cada uno de los participantes. Se dan la mano cada uno de los participantes, luego le tocan la nariz.	Participantes del taller. Facilitadores.	Aura Lucila Valdéz Valdéz Elder Rolando Vásquez M.	09:00 a 09:05
Entrega de tarjetas numeradas del 1 al 5.	Formar equipos de trabajo.	Se le entregará a cada participante una tarjeta con un número, en donde él escribirá su nombre y con un gancho de ropa se lo prenderá en la camisa o blusa, luego en cada de las actividades en equipo, los participantes se reunirán de acuerdo a su número y allí quedarán integrados los equipos de trabajo.	Participantes Tarjetas Marcadores Ganchos	Aura Lucila Valdéz Valdéz Elder Rolando Vásquez M.	09:05 a 09:15
Exposición	Determinar la relación entre pensamiento y afectividad.	Los participantes exponen el tema manejo de emociones con la proyección de un video.	Videograbadora, televisión sillas, mesas, facilitadores.	Aura Lucila Valdéz Valdéz Elder Rolando Vásquez M.	09:15 a 09:40

TRABAJO DE TESIS: PROGRAMA DE ATENCIÓN A FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER

RESPONSABLES: AURA LUCILA VALDÉZ VALDÉZ Y ELDER ROLANDO VÁSQUEZ MORENO

ASESOR: LIC. ÁNGEL BENJAMÍN SALAZAR VALENCIA.

TALLER No. 2

CONTENIDO:

FECHA:

LUGAR:

OBJETIVO GENERAL:

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
Trabajo en equipo.	Que los participantes manifiesten cómo se da y cómo se recibe el afecto en forma negativa o positiva entre familiares y personas con Alzheimer.	Los participantes se reúnen de acuerdo a su número de tarjeta y dialogan según su experiencia, cómo se da y cómo se recibe el afecto entre familia y personas con Alzheimer. Luego escriben en un papelógrafo los resultados positivos o negativos del trabajo realizado, que los grupos exponen en una asamblea.	Participantes papelógrafo marcadores mesas, sillas.	Aura Lucila Valdéz Valdéz Elder Rolando Vásquez M.	09:40 a 10:10
La silla que falta.	Recrear a los participantes	Se forman dos filas de sillas con el número de acuerdo a los participantes, pegando las sillas con el respaldo de la otra. Los participantes comienzan a caminar alrededor de las sillas al compás de un sonido, al cesar el ruido los participantes se sientan en las sillas, luego se quita una silla y el que se quede sin silla va saliendo del círculo.	Participantes Facilitadores Sillas.	Aura Lucila Valdéz Valdéz Elder Rolando Vásquez M.	10:10 a 10:25

TRABAJO DE TESIS: PROGRAMA DE ATENCIÓN A FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER

RESPONSABLES: AURA LUCILA VALDÉZ VALDÉZ Y ELDER ROLANDO VÁSQUEZ MORENO

ASESOR: LIC. ÁNGEL BENJAMÍN SALAZAR VALENCIA.

TALLER No. 2

CONTENIDO:

FECHA:

LUGAR:

OBJETIVO GENERAL:

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
Collage	Evidenciar el trato afectivo correcto entre familiares y personas con Alzheimer.	Así sigue el procedimiento hasta quedar una silla, ese es el ganador. Cada grupo recortará figuras que expresen la forma en que los familiares deben de tratar afectivamente a personas con Alzheimer y las pegarán tratando de formar una historia de vida y en otro papelógrafo, escribirán los resultados del trabajo realizado para exponerlo en una asamblea.	Participantes sillas, mesas, papelógrafo revistas, tijera, pegamento.	Aura Lucila Valdéz Valdéz Elder Rolando Vásquez M.	10:25 a 10:55
Análisis	Que las personas manifiesten las dificultades que se dan en las relaciones entre los familiares y la persona con Alzheimer.	Los grupos de trabajo se reúnen y analizan las experiencias con respecto a las dificultades que se dan al tener un familiar con Alzheimer. Luego proponen acciones o actitudes para mejorar esas dificultades; el resultado se escribe en un papelógrafo y	Participantes Facilitadores Papelógrafo.	Aura Lucila Valdéz Valdéz Elder Rolando Vásquez M.	10:55 a 11:45

TRABAJO DE TESIS: PROGRAMA DE ATENCIÓN A FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER

RESPONSABLES: AURA LUCILA VALDÉZ VALDÉZ Y ELDER ROLANDO VÁSQUEZ MORENO

ASESOR: LIC. ÁNGEL BENJAMÍN SALAZAR VALENCIA.

TALLER No. 2

CONTENIDO:

FECHA:

LUGAR:

OBJETIVO GENERAL:

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
Lluvias de ideas.	Proponer actitudes que mejoren las relaciones entre familias con personas con Alzheimer.	da a conocer a la general. Todos los participantes reunidos en asamblea opinan sobre las nuevas actitudes que deben asumir los familiares para tratar a las personas con Alzheimer.	Participantes Facilitadores	Aura Lucila Valdéz Valdéz Elder Rolando Vásquez M	11:45 a 12:15
Despedida	Despedir a los participantes.	Los facilitadores agradecen verbalmente al grupo participante.	Facilitadores.	Aura Lucila Valdéz Valdéz Elder Rolando Vásquez M.	12:15 a 12:45

RESPONSABLES: AURA LUCILA VALDÉZ VALDÉZ Y ELDER ROLANDO VÁSQUEZ MORENO

ASESOR: LIC. ÁNGEL BENJAMÍN SALAZAR VALENCIA.

TALLER No. 3

CONTENIDO Comunicación familiar a personas con Alzheimer

FECHA:

LUGAR: Grupo Ermita 10 av. "A" 1-48 zona 1

OBJETIVO GENERAL: Evidenciar la comunicación entre la familia y las personas con Alzheimer.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
Identificar grupos.	Formar grupos de trabajo.	a cada participante que vaya ingresando al salón, se le dará una tarjeta para que se la coloque en el pecho; estas tarjetas comprenden cinco grupos, el grupo lleva un nombre, el primero se llamará Los Mejores, el segundo Los Entusiastas, el tercero Los Optimistas, el cuarto Los Triunfadores y el último Los Valiosos. Luego los talleristas reúnen en grupos de acuerdo al nombre de la tarjeta y le elaboran una canción y un emblema que los identifica y la presentan a la general.	Participantes Facilitadores Tarjetas Marcadores	Aura Lucila Valdéz Valdéz Elder Rolando Vásquez M.	09:00 a 09:30
Lectura del taller	Que los participantes conozcan la programación del taller.	Los facilitadores leen el programa ante la asamblea de participantes.	Participantes Facilitadores	Aura Lucila Valdéz Valdéz Elder Rolando Vásquez M.	09:30 a 09:35
Análisis y reflexión	Definir la comunicación	Cada participante en forma personal analizará lo que es	Participantes Hojas de papel	Aura Lucila Valdéz Valdéz Elder Rolando Vásquez M.	09:35 a 10:25

TRABAJO DE TESIS: PROGRAMA DE ATENCIÓN A FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER

RESPONSABLES: AURA LUCILA VALDÉZ VALDÉZ Y ELDER ROLANDO VÁSQUEZ MORENO

ASESOR: LIC. ÁNGEL BENJAMÍN SALAZAR VALENCIA.

TALLER No. 3

CONTENIDO:

FECHA:

LUGAR:

OBJETIVO GENERAL:

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
Dibujo	Evidenciar la comunicación entre la familia y la persona con Alzheimer.	la comunicación y lo escribirá en una hoja de papel bond en blanco. Luego se reúnen con su grupo y comparten lo que han escrito, escriben en un papelógrafo las definiciones de lo que es la comunicación; el grupo se presenta ante la asamblea para dar a conocer su nombre, canción y emblema. Reunidos los grupos de trabajo y de acuerdo a experiencias familiares, crean una historia de una familia con un familiar con Alzheimer y en papelógrafo dibujan a los personajes de esa historia, luego lo exponen ante la asamblea a los talleristas.	lápices Participantes Facilitadores Papelógrafo Hojas de papel Lápices	Aura Lucila Valdéz Valdéz Elder Rolando Vásquez M.	10:25 a 11:00
Lluvias de ideas	Dramatización	Los grupos de trabajo analizan la comunicación intrafamiliar que se da con perso-	Participantes Hojas de papel Lápices	Aura Lucila Valdéz Valdéz Elder Rolando Vásquez M.	11:00 a 11:40

TRABAJO DE TESIS: PROGRAMA DE ATENCIÓN A FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER

RESPONSABLES: AURA LUCILA VALDÉZ VALDÉZ Y ELDER ROLANDO VÁSQUEZ MORENO

ASESOR: LIC. ÁNGEL BENJAMÍN SALAZAR VALENCIA.

TALLER No. 3

CONTENIDO:

FECHA:

LUGAR:

OBJETIVO GENERAL:

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
Análisis y propuestas	Propuestas para mejorar la comunicación.	Reunidos en grupos de trabajo, los participantes escriben en un papelógrafo las dificultades de la comunicación que se da entre la familia y personas con Alzheimer o viceversa y en otro papelógrafo, escriben las actividades o actitudes que proponen para mejorar esta situación.	Participantes Facilitadores Papelógrafo Mesas, Sillas Lápices.	Aura Lucila Valdéz Valdéz Elder Rolando Vásquez M.	11:40 a 12:15
Exposición	Despedida del taller	Un facilitador agradece y despide a los participantes.	Facilitador	Aura Lucila Valdéz Valdéz Elder Rolando Vásquez M.	12:15 a 12:20

RESPONSABLES: AURA LUCILA VALDÉZ VALDÉZ Y ELDER ROLANDO VÁSQUEZ MORENO

ASESOR: LIC. ÁNGEL BENJAMÍN SALAZAR VALENCIA.

TALLER No. 4

CONTENIDO Atención familiar a personas con Alzheimer

FECHA:

LUGAR: Grupo Ermita 10 av. "A" 1-48 zona 1

OBJETIVO GENERAL: Determinar la atención familiar que recibe la persona con Alzheimer.

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
Agrupamiento	Formar grupos	Los participantes se forman en un círculo de cinco personas y luego éstas cinco personas caminan por el salón al compás del sonido de una pandereta, al parar el sonido se unen a otras cinco personas hasta formar cinco grupos de diez personas por grupo.	Participantes Facilitadores	Aura Lucila Valdéz Valdéz Elder Rolando Vásquez M.	09:00 a 09:10
Análisis	Manifiestar cómo atienden los familiares a la persona con Alzheimer.	Dentro de los grupos de trabajo de acuerdo a su experiencia, cada integrante expone cómo atiende la familia a la persona con Alzheimer, luego escribe en un papelógrafo los resultados de esta actividad, lo exponen a la general en cinco minutos máximo.	Participantes Papelógrafo Lápices	Aura Lucila Valdéz Valdéz Elder Rolando Vásquez M.	09:10 a 09:50
Dramatización	Determinar cómo se comporta el paciente ante la atención que le brindan los	Los grupos escribirán en un papelógrafo la forma en que los enfermos con Alzheimer	Participantes Papelógrafo Lápices	Aura Lucila Valdéz Valdéz Elder Rolando Vásquez M.	09:50 a 10:35

TRABAJO DE TESIS: PROGRAMA DE ATENCIÓN A FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER

RESPONSABLES: AURA LUCILA VALDÉZ VALDÉZ Y ELDER ROLANDO VÁSQUEZ MORENO

ASESOR: LIC. ÁNGEL BENJAMÍN SALAZAR VALENCIA.

TALLER No. 4

CONTENIDO:

FECHA:

LUGAR:

OBJETIVO GENERAL:

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
Lluvias de ideas	familiares. Manifestar las dificultades para atender a los familiares con Alzheimer.	se comportan ante la atención de su familia, escribiendo en un papelógrafo los aspectos positivos o negativos y en base a eso, elaborarán una dramatización que se presentará a la general, teniendo cinco minutos cada grupo para la exposición. Los participantes reunidos en asamblea, en forma verbal exponen de acuerdo a su experiencia las dificultades que se tienen para atender a personas con Alzheimer y los facilitadores escriben en un papelógrafo las opiniones que se van diciendo.	Marcadores Participantes Facilitadores Papelógrafo	Aura Lucila Valdéz Valdéz Elder Rolando Vásquez M.	10:35 a 11:05
Análisis	Evidenciar las limitaciones que tiene la familia para tratar al paciente con Alzheimer.	Los equipos de trabajo analizan cuales son las limitaciones que tiene la familia para manejar la enfermedad de Alzheimer y tratar bien al pa-	Participantes Facilitadores Papelógrafo	Aura Lucila Valdéz Valdéz Elder Rolando Vásquez M.	11:05 a 11:40

TRABAJO DE TESIS: PROGRAMA DE ATENCIÓN A FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER

RESPONSABLES: AURA LUCILA VALDÉZ VALDÉZ Y ELDER ROLANDO VÁSQUEZ MORENO

ASESOR: LIC. ÁNGEL BENJAMÍN SALAZAR VALENCIA.

TALLER No. 4

CONTENIDO:

FECHA:

LUGAR:

OBJETIVO GENERAL:

ACTIVIDAD	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
Lluvia de ideas	Proponer acciones y actitudes para dar un adecuado tratamiento al paciente con Alzheimer.	Reunidos en asamblea, los participantes expresan en forma verbal las acciones y actitudes que deban impulsarse dentro de la familia para dar un buen trato a la persona sufre de Alzheimer. Los facilitadores escriben en un papelógrafo las respuestas.	Participantes Facilitadores Papelógrafo Lápices.	Aura Lucila Valdéz Valdéz Elder Rolando Vásquez M.	11:40 a 12:20
Despedida	Despedir a los participantes.	Los facilitadores agradecen la participación y cierran el taller.	Facilitador	Aura Lucila Valdéz Valdéz Elder Rolando Vásquez M.	12:20 a 12:25

RESUMEN

El desconocimiento o la poca información y la falta de un programa de atención, provoca dificultad de relación entre la familia de personas con Alzheimer. La característica principal de la enfermedad de Alzheimer es la pérdida gradual de la memoria, que hace que la persona pierda todo lo que ha aprendido en la vida, desconociéndose en este momento con exactitud la causa.

El programa de atención elaborado en este trabajo, tiene como objetivo que los familiares de personas con Alzheimer tengan las herramientas teóricas prácticas para lograr el mejor bienestar para el enfermo.

Esta investigación metodológicamente usó para recabar la información de la fuente directa que son los familiares, los cuatro talleres vivenciales que cubrieron las áreas psicosocial, afectividad, comunicación y atención; obteniéndose como resultado un programa que incluye objetivos, el concepto de la actividad que se debe realizar en cada área, además se logró que los talleristas conozcan y comprendan los orígenes y efectos de la enfermedad del Alzheimer y la importancia que tienen ellos y ellas como familiares para lograr una mejor calidad de vida al familiar con Alzheimer.