Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DOMÉSTICOS PARA CUIDADORAS FAMILIARES DE PERSONAS AFECTADAS POR DEMENCIAS/ENFERMEDAD DE ALZHEIMER .

Alumno/a: **Jiménez-Martínez María José.**

Tutor/a: Prof. D. Palomino-Moral Pedro Ángel.
Dpto: Ciencias de la Salud

Mayo, 2017

AGRADECIMIENTOS.

Para comenzar me gustaría expresar mi más sincero agradecimiento a D. Pedro Ángel Palomino Moral, profesor de la Universidad de Jaén que ha dedicado su valioso tiempo en enseñarme y colaborar conmigo en la realización de este trabajo. Gracias por su apoyo, cooperación, ingenio y sobre todo por su dedicación y entrega a la enseñanza, sin su ayuda la elaboración de este trabajo no hubiera sido posible.

Agradecer también al resto de profesores del grado de Enfermería de la Universidad de Jaén por su dedicación a nuestra enseñanza estos cuatro años. El respeto, la empatía y sobre todo la humanidad son valores que nos habéis transmitido y que ahora nos corren por las venas. Gracias por todo.

Además, me gustaría dar las gracias a D. Juan Marchal, D. Juan Liébana y D. José Luis, mis tutores durante las prácticas clínicas en el Centro de Salud de Valdepeñas de Jaén. Me trataron genial y gracias a ellos aprendí a llevar a cabo diferentes programas de salud en distintas edades y cómo es el mecanismo de captación y actuación más adecuado en esta villa.

No quisiera olvidar tampoco al resto de tutoras que he tenido durante las demás prácticas clínicas y que de forma voluntaria han colaborado en mi formación como enfermera y en muchos otros aspectos de mi vida personal. Gracias a todas porque sin vosotras no sería quien soy hoy.

Finalmente, agradecer a mis padres por todo el esfuerzo que han puesto en mi formación. Gracias por vuestro ejemplo de persona trabajadora, por vuestro apoyo incondicional y por guiarme todos los años de mi vida, sin vosotros no sería quien soy hoy. Espero que podáis sentiros orgullosos de mí, por lo menos tanto como yo lo estoy de vosotros.

RESUMEN

En la actualidad, cada vez son más las personas que sufren Enfermedad de Alzheimer (EA), una nueva epidemia de prioridad mundial y europea que está asociada al progresivo envejecimiento de la población. Esta enfermedad que se presenta con una alta prevalencia y una elevada morbi-mortalidad, supone que la persona que la padece sea especialmente vulnerable a los accidentes domésticos. Esta problemática afecta de primera mano a las personas cuidadoras familiares, que sufren el miedo de que el paciente se accidente y sufrirá junto con él las consecuencias de los mismos. Por todas estas razones, se pone de manifiesto la necesidad de realizar intervenciones educativas encaminadas a disminuir y prevenir este problema. En el presente trabajo se pretende ofrecer una respuesta educativa mostrando la estructura de un Programa de Educación para la salud dirigido a personas cuidadoras de Enfermos de Alzheimer a fin de prevenir los accidentes domésticos y que son usuarias del Centro de Salud de Valdepeñas de Jaén.

Palabras Clave: accidentes domésticos, prevención, epidemiología, factores de riesgo, Enfermos de Alzheimer, cuidadoras, intervenciones.

ABSTRACT

Nowadays, more and more people are suffering from Alzheimer's Disease (AD), a new epidemic of global and European priority that is associated with the progressive aging of the population. This disease, which is presents with a high prevalence and high morbidity and mortality, means that the person who suffers from it is especially vulnerable to domestic accidents. This problem affects first hand the family caregivers, who suffer the fear that the patient will be injured and will suffer along with it the consequences of them. For all these reasons, the need to carry out educational interventions aimed at reducing and preventing this problem is evident. The present work aims to provide an educational response showing the structure of a Health Education Program aimed at people caring for Alzheimer's patients in order to prevent domestic accidents and who are users of the Health Center of Valdepeñas de Jaén.

Keywords: home accidents, prevention, epidemiology, risk factor's, Alzheimer's disease, caregivers, interventions.

ÍNDICE:

1. **TÍTULO.**
   1.1 Lema o eslogan y logotipo.
2. **LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y LOS ACCIDENTES DOMÉSTICOS.**
   2.1 Las personas mayores y la demencia.
   2.2 La Enfermedad de Alzheimer (EA).
   2.3 Los accidentes domésticos.
   2.4 Problemática de la EA y los accidentes domésticos; situación epidemiológica.
   2.5 Las personas cuidadoras.
   2.6 Factores de Riesgo.
   2.7 Consecuencias de los Accidentes Domésticos.
   2.8 Los costes.
   2.9 Prevención
3. **ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN Y ESTUDIO DE LAS NECESIDADES EDUCATIVAS RELACIONADAS CON LOS ACCIDENTES DOMÉSTICOS DE LAS PERSONAS CON EA.**
   3.1 Conocimiento de las características de los/as usuarios/as a los que va dirigida la educación para la salud (EPS).
      3.1.1 Características demográficas de la población receptora del programa.
      3.1.2 Aspectos socioeconómicos.
      3.1.3 Nivel de instrucción.
      3.1.4 Perfil de la población y necesidades sentidas.
      3.1.5 Aspectos culturales y Organización Social.
   3.2 Identificación de las Necesidades Educativas (Método PRECEDE).
4. **DEFINICIÓN DE OBJETIVOS.**
   4.1 Objetivos Generales.
   4.2 Objetivos Específicos.
5. **CONTENIDOS EDUCATIVOS.**
6. **ESTRATEGIAS DE IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDEPEÑAS DE JAÉN.**
   6.1 Estrategia de Captación.
   6.2 Estrategia de Intervención.
7. **MÉTODOS Y MATERIALES.**
8. **PREVISIÓN DE LOS RECURSOS NECESARIOS.**
   8.1 Recursos Humanos.
   8.2 Recursos Materiales.
   8.3 Recursos Financieros.
9. **DISEÑO DE LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA.**
10. **ORGANIZACIÓN DE LAS INTERVENCIONES/ACTIVIDADES Y METODOLOGÍA EDUCATIVA.**
11. **BIBLIOGRAFÍA.**
12. **ANEXOS.**

ABREVIATURAS

EA: Enfermedad de Alzheimer.

AVD: Actividades de la Vida Diaria.

AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

UE: Unión Europea.

INE: Instituto Nacional de Estadística.

IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

EPS: Educación Para la Salud

1.TÍTULO:

DISEÑO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DOMÉSTICOS PARA CUIDADORAS FAMILIARES DE PERSONAS AFECTADAS POR DEMENCIAS/ENFERMERMEDAD DE ALZHEIMER.

1.1 Lema o eslogan y Logotipo

"¿Estás segura?"

El logo diseñado para el programa está cargado de simbolismo. Por un lado, en el centro del logo tenemos a un jilguero. El jilguero es muy representativo para todos los valdepeñeros/as, por la historia que ocurrió en 1.953 de Blas Infante y una jilguera a la que cuidó. Esta historia se hizo famosa hasta tal punto de que en cierta ocasión se planteó cambiar el nombre de la localidad a Valdepeñas de los Jilgueros.

Alrededor del colorín hay numerosos símbolos que indican peligrosidad de caídas, resbalamiento, inflamable, tóxico y monóxido de carbono. El pintadillo tiene expresión de duda en el rostro; como si no entendiera bien todos esos símbolos que le rodean.

Todo lo anterior se enmarca dentro de un triángulo que por un lado simboliza "cuidado" y por otro el tejado de una casa, con una chimenea encendida; también típico de Valdepeñas de Jaén.

En cuanto al eslogan: ¿Estás segura? Hace referencia por un lado a si la persona cuidadora está segura de conocer todos los tipos de accidentes domésticos que pueden suceder en el hogar del enfermo. Por otro lado, hace referencia a persona con EA, a si está segura en casa y no corre ningún riesgo. La pregunta la hacemos en género femenino porque la población a la que va dirigida el programa posee más personas cuidadoras y más enfermos de este sexo.

2. LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y LOS ACCIDENTES DOMÉSTICOS.

2.1 Las personas mayores y la demencia.

Las personas mayores forman parte fundamental de nuestra sociedad actual. En las últimas décadas hemos observado un gran aumento de este grupo de población en el mundo, del 9% en el año 1990 al 12% en 2014 (1). Pero este crecimiento no se queda aquí, la Organización Mundial de la Salud, en su Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud calcula que la población mundial de 65 y más años se verá triplicada entre 2011 y 2050, aumentando de 540 millones de personas a 1.510 millones. En países desarrollados como el nuestro, esto sería el 25,7% (2).

Las personas mayores de 80 años cobran cada vez más importancia en la población. En el año 2014 el porcentaje de octogenarios en el mundo era del 14% y se prevé que esta cifra aumente hasta el 19% para el año 2050. Esto en cifras absolutas serían 392 millones de personas, es decir, tres veces más que en la actualidad (1). Este envejecimiento demográfico tan marcado está causado por un descenso de las tasas de natalidad, el aumento de la esperanza de vida y debido a ello, un atraso de la mortalidad.

En nuestro país, desde hace tiempo venimos observando un cambio demográfico en la estructura por edades de la población, relacionado con el aumento del número de personas mayores en nuestro país. Esto es lo que se conoce como envejecimiento de la población (3) y está dando lugar a una modificación en la pirámide poblacional española (4). Si valoramos los índices anteriores en nuestro país, observaremos que en España a 1 de enero de 2015 las personas con 65 y más años suponían el 18,4% de la población y los octogenarios lograban un 5,7% de la población total (5).

Y si hablamos de nuestra comunidad autónoma veremos que de los 8 millones y medio de personas mayores con 65 años y más que residen en España, en Andalucía habitan 1.300.000. Por último, valorando la provincia de Jaén, hemos obtenido como resultado que en ella

conviven 115.000 personas mayores; esto significa en que 1 de cada 6 jienenses es una persona mayor (6).

El hecho de que la población viva más años es todo un logro para las políticas de salud pública y para el desarrollo socioeconómico del país. No obstante, el hecho de vivir más años trae consigo una serie de repercusiones socio-sanitarias no tan positivas. Estas repercusiones son: el aumento de enfermedades crónicas y degenerativas y un incremento de la discapacidad y de la dependencia; todos relacionados con la edad (3). De esta forma, si analizamos la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia de 2008, podremos observar que en España hay 89,7 discapacitados por cada 1000 habitantes (7). La demencia fue la culpable en más de 330.000 casos, siendo la quinta causa más frecuente de discapacidad. A nivel mundial, la demencia afectaba en 2001 a 21 millones de personas y se estima que para 2050 habrá 113 millones de afectados (8).

La demencia es un síndrome clínico; un conjunto de síntomas cognitivos, psicológicos o conductuales y funcionales que ocasionan una serie de consecuencias, entre ellas una limitación de la autonomía de quien la padece. Hay muchos tipos de demencias; se suelen clasificar en demencias neurodegenerativas primarias, secundarias y mixtas. Las demencias neurodegenerativas primarias se caracterizan por una alteración en las neuronas; las células que componen el sistema nervioso central de nuestro cuerpo (9,8).

El tipo más frecuente de demencia neurodegenerativa primaria es la Enfermedad de Alzheimer (EA), que implica alrededor del 50-70% de todas las demencias. Su síntoma inaugural y típico es la pérdida de memoria a corto plazo. Luego van apareciendo alteraciones del lenguaje, el reconocimiento, la atención, la comprensión y la capacidad para ejecutar acciones. Posteriormente, en fases avanzadas de la enfermedad, al deterioro cognitivo se le suma una creciente incapacidad física para la realización de las Actividades de la Vida Diarias (AVD) y una mayor necesidad de ayuda por parte de los cuidadores (9).

2.2 La Enfermedad de Alzheimer (EA).

La EA lleva el nombre del Dr. Alois Alzheimer, que la descubrió en 1906. Actualmente no se sabe su causa y aunque existen medicamentos que frenan, en cierta medida, algunos síntomas, la EA no tiene curación. Esta enfermedad afecta indistintamente del sexo, grupo étnico y grupos sociales y a pesar de que es una enfermedad más común entre las personas mayores, también puede aparecer en gente joven (10).

La EA actúa de forma diferente en cada persona. Cómo se desarrolle depende, en gran medida, de cómo era la personalidad, situación física o estilo de vida de la persona antes de la enfermedad. El Alzhiemer's disease International divide el desarrollo de la enfermedad en 3 etapas o fases: temprana o inicial, intermedia o moderada y tardía (10,11,12).

- Etapa temprana o inicial: suele pasar desapercibida por los familiares, amigos y profesionales sanitarios debido a que se confunden con síntomas típicos del proceso de envejecimiento. Los síntomas comunes de esta etapa son: dificultad con el lenguaje, pérdida de memoria inmediata y a corto plazo, desorientación tempo-espacial, puede perderse en lugares a los que ha ido antes, dificultad para tomar decisiones y resolver problemas, etc.
- Etapa intermedia o moderada: en esta fase los síntomas suelen hacer más evidente la enfermedad. La persona empieza a tener problemas para realizar las AVD y comienza a necesitar ayuda mantenida del cuidador. Los síntomas que se suelen mostrar en esta etapa son: pérdida de la memoria sistemática y reciente, ayuda para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), necesidad de ayuda o supervisión para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), comienza a deambular, desorientación tempo-espacial, la persona se pierde en lugares familiares y puede presentar dificultad para hablar, delirios o alucinaciones.
- Etapa tardía: esta fase da comienzo cuando el enfermo presenta una total dependencia para las AIVD y para las ABVD. Los problemas cognitivos en esta fase son muy serios y a esto hemos de sumar un gran deterioro físico que conducen al enfermo a la inactividad. Los síntomas propios de esta etapa son: dificultad para comer, no reconoce a familiares, amigos u objetos conocidos anteriormente, dificultad para

interpretar sucesos, desorientación tempo espacial severa; puede no saber en qué momento del día estamos y se pierde en su propia casa, dificultad para caminar y mantener la postura corporal, incontinencia urinaria y fecal y comportamientos inapropiados en público.

En cuanto a la mortalidad mundial que presenta este síndrome, la EA es culpable de un 4,9% de muertes en mayores de 65 años, pero no se queda ahí pues el riesgo aumenta con la edad. De esta forma, la EA es responsable del 30% de las muertes en hombres mayores de 85 años y del 50% de las mujeres de esta edad. La esperanza de vida que posee una persona diagnosticada de EA varía entre 3,1 a 5,9 años. Esta es menor si el paciente sufre una limitación grave a nivel cognitivo y funcional y también suele ser menor cuando la persona afectada es un adulto joven (8).

En España hay alrededor de medio millón de personas con EA, el número de afectados es difícil de calcular dado que hay muchos enfermos en fase inicial. La enfermedad se cobró la vida de 28.000 españoles/as en 2014, según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística (INE). En nuestra comunidad autónoma residen alrededor de 60.000 personas con EA. En 2014 la enfermedad fue responsable de la muerte de 2.400 andaluces, de las cuales 230 eran jienenses. Según el Plan Andaluz de Alzheimer de 2007-2010 el 90% de las personas con EA viven con su familia y alrededor del 40% son dependientes totales (6,12).

2.3 Los accidentes domésticos

La Real Academia de la Lengua Española define la palabra accidente como: un suceso eventual que altera el orden natural de las cosas, y en su segundo significado: suceso eventual o acción de que resulta daño involuntario para la persona o cosa (13). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un accidente es un acontecimiento fortuito, generalmente desgraciado o dañino, independientemente de la voluntad humana, provocado por una fuerza exterior que actúa rápidamente y que se manifiesta por la aparición de lesiones físicas o trastornos mentales (14).

Ahora que hemos definido los accidentes podemos hacer una clasificación de los mismos. Los accidentes se clasifican de acuerdo al lugar donde se producen, así se distinguen los accidentes domésticos, de tráfico, escolares y laborales.

Mi propia definición de accidentes domésticos es la siguiente: sucesos casuales e involuntarios que ocurren en el hogar de la persona afectada. No hablaría de que son imprevisibles, pues en la mayoría de los casos se podrían prevenir si se modifica y adapta el ambiente. Tampoco diría que está provocado por una fuerza exterior, en los accidentes domésticos intervienen agentes tanto externos como internos de la persona. Por ejemplo: que una alfombra no esté bien fijada al suelo es un agente externo, pero la persona puede haber tenido así la alfombra durante años y nunca le ha supuesto un problema salvo ahora que es mayor y tiene dificultad para ver y caminar; agente interno.

Hay varias formas de clasificar los accidentes domésticos, algunos autores lo hacen por habitaciones de la casa, otros según el tipo de lesión que provoca el accidente y otros según el mecanismo que produce la lesión.

Es muy frecuente que, en los manuales para cuidadoras de pacientes con Alzheimer se les indique cómo modificar el entorno en el que viven haciendo una división de la vivienda por habitaciones o zonas y analizando los distintos peligros que puede haber en cada una de ellas. Dividen la casa en: entrada a la casa, vestíbulo, cocina, dormitorio, cuarto de baño, sala de estar, lavandería o lavadero, garaje, cobertizo y sótano. En muchas ocasiones se abordan en el orden en el que estas salas son más peligrosas.

En cuanto al tipo de lesión que provocan los accidentes domésticos, se distinguen (en orden de frecuencia): contusiones, magulladuras, fracturas, heridas abiertas, distorsiones, torceduras, esguinces, luxaciones y dislocaciones (15).

Por último, en cuanto al mecanismo de lesión; los accidentes domésticos pueden ser: caídas, golpes, choques con objetos, personas y animales, aplastamiento y cortes, efectos térmicos, agotamiento agudo del cuerpo, cuerpo extraño en orificio natural, asfixia, efectos de productos químicos y efectos de la electricidad; en este orden de mayor a menor frecuencia (15).

Las personas que sufren accidentes domésticos también pueden ser clasificadas en función de si tienen alto o bajo riesgo de padecerlos. Según el Informe DADO 2011, las mujeres son más propensas a tener accidentes domésticos; en concreto a partir de los 45 años. También las personas mayores de 65 años; especialmente las mujeres, tienen un alto riesgo de padecer accidentes domésticos (15).

2.4 Problemática de la EA y los accidentes domésticos; situación epidemiológica.

Los accidentes que ocurren en el ámbito doméstico no ocupan espacios en los telediarios ni portadas en los periódicos, a no ser que desemboquen en una catástrofe en la que haya un número importante de víctimas o el destrozo de bienes materiales de gran valor. Es por este motivo que, por lo general, no existen estadísticas representativas y fiables ni en España ni en la mayoría de los países europeos (16). Sin embargo, los accidentes que ocurren en el hogar son más frecuentes de lo que normalmente creemos y en muchos casos las personas afectadas no acuden a los servicios de salud, por lo que no son contabilizadas. En personas mayores, estos accidentes pueden provocar grandes daños físicos, psíquicos y sociales además de aumentar su dependencia o llevarles a una absoluta incapacidad para valerse por sí mismos. Incluso, en el peor de los casos, puede ser la causa de su muerte.

Según la OMS, de todas las lesiones y muertes producidas por accidentes, una tercera parte de ellos ocurren en el ámbito doméstico. Además, algunos estudios apuntan que los accidentes que se dan en el hogar producen 5 veces más lesionados que los accidentes de tráfico (14,16).

En la Unión Europea (UE) se estima que por cada 100.000 habitantes se producen 15 muertes a causa de accidentes domésticos y de ocio y 66 personas quedan en estado de discapacidad. Si hablamos en términos absolutos, cada año 25 millones de personas sufren un accidente doméstico y de ocio en la UE; esto es el 7% de la población. Además, 2,3 millones son hospitalizadas; esto es un índice de hospitalización del 0,6% y 56.000 personas mueren a causa de este tipo de incidentes (17).

Según un estudio realizado por la fundación Mapfre en 2011 sobre la accidentabilidad y sus principales factores de riesgo, en España fallecen cada año alrededor de 380.000 personas, de esas, 16.000 mueren por culpa de accidentes, esto es el 4% (16). Si miramos en el INE, en el año 2008 fueron 15.289 los fallecidos por causas externas; estas incluyen accidentes de tráfico, suicidio, caídas, ahogamientos, electrocuciones… (6,16). Si eliminamos los ámbitos no domésticos, obtenemos como resultado que en el año 2008 fallecieron 6.896 a causa de accidentes domésticos y de ocio. Por tanto, la tasa de mortalidad a causa de accidentes en el hogar ese año es de 148,2 muertos por cada millón de habitantes (16).

Además, según el informe DADO 2011, por cada fallecido a causa de un accidente doméstico hay 255 accidentados leves y graves. Así, en el año 2011, 2.576.601 de españoles tuvieron un accidente doméstico y de ocio; esto se traduce en que 5,5 de cada 100 personas tuvieron un incidente de este tipo. Si miramos cifras de años anteriores; en el año 2000 este tipo de accidentes afectó a 4 de cada 100 personas. Por lo que podemos ver, los accidentes de tipo doméstico y de ocio están aumentando en España (15).

Dentro de los accidentes domésticos, las causas más frecuentes de fallecimiento son obstrucción de las vías respiratorias 25,9%; las caídas 24,5% y los envenenamientos accidentales 12,8% (16).

Las personas mayores de 65 años, se llevan casi el 20% de los accidentes; siendo éstos más prevalentes en mujeres: 26,3; que en hombres: 10,6; y la actividad que estaban realizando eran tareas domésticas como: cocinar y limpiar la casa. Otras actividades que también suponen especial riesgo son: actividades vitales fundamentales como: dormir, comer, higiene personal; pasear y realizar algún pasatiempo o afición. Hablamos de los mayores de 65 años porque no hay datos de las personas con enfermedad de Alzheimer. Dado que estas en su mayoría, son personas mayores de 65 años, tomamos los datos de este grupo de población y entendemos que las personas con enfermedad de Alzheimer tienen como mínimo el mismo riesgo de accidentarse que el grupo de personas de su misma edad (15).

Las personas mayores tienen un promedio de casi 2 enfermedades crónicas. El 54,4% de las personas mayores tiene 1 o 2 enfermedades crónicas y casi el 17% tiene 3 o más enfermedades. Según el estudio de Mapfre sobre el coste económico de la accidentabilidad en personas mayores; de los mayores que tienen enfermedades crónicas; casi el 2% tienen Alzheimer (18).

En cuanto al mecanismo de lesión; las caídas se llevan tres cuartas partes de los accidentes que suelen tener las personas mayores de 65 años. En segundo lugar, como se puede ver en la figura 1, están los golpes y choques, seguidos de aplastamiento y cortes, efectos térmicos (quemaduras) y agotamiento agudo del cuerpo (15).

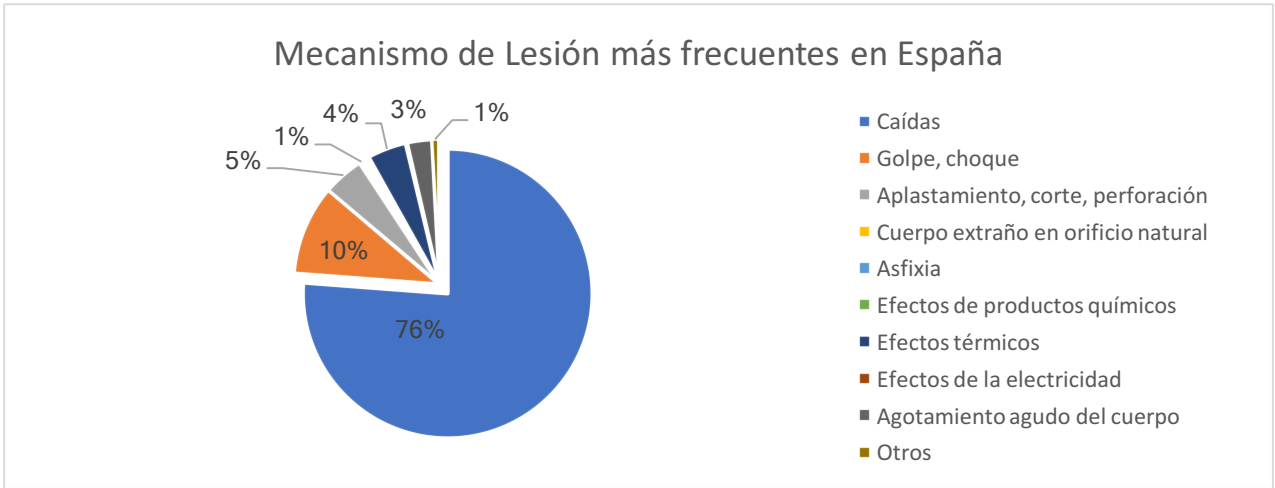


Figura 1. Fuente: DADO 2011. Título: incidencias del mecanismo del accidente en personas mayores de 65 años.

En cuanto a la Comunidad autónoma de Andalucía, el Plan Andaluz para la Accidentabilidad 2007-1012 estima que en esta comunidad mueren alrededor de 1.000 personas cada año a causa de un accidente. La incidencia de accidentes domésticos y de ocio en Andalucía en el año 2002 fue de 2,68 por cada 100 personas; es de las más bajas de España. La Comunidad autónoma con más accidentes domésticos y de ocio es el País Vasco 5,51%; y la que menos tiene es La Rioja con una incidencia de 1,11% (19). No obstante, hay que tener en cuenta que estos datos se toman a partir de bases de datos del Sistema Sanitario Español y que muchas personas que sufren accidentes domésticos no acuden a su centro de salud ni al hospital; por lo que estos datos son menores que los datos reales.

En Andalucía, el 82,6% de los adultos accidentados requiere algún tipo de atención sanitaria. De éstos, el 6,4% necesitará hospitalización y más del 44% sufrirán una lesión catalogada como grave (heridas abiertas profundas, fracturas, envenenamientos y quemaduras) (20).

2.5 Las personas cuidadoras

El cuidado informal se conoce como aquella atención que se presta sobre una persona con una dependencia psíquica o física sin recibir compensación económica. Es decir, es el cuidado que se realiza por parte de familiares, amigos u allegados y que se hace por amor, cariño y buena intención (21). Si bien es cierto que este cuidado pueden prestarlo miembros familiares y extra-familiares; más del 90% de los cuidados proporcionados a una persona con dependencia los da la familia (22).

Los cuidadores principales son personas que dedican un importante número de horas diarias para cuidar de una persona enferma un período de tiempo largo, generalmente más de 6 semanas (23). Además, el cuidador es un componente socio-sanitario muy necesario, que cada vez cobra más importancia por su enorme cometido: preservar fisiológicamente a la persona mayor durante el máximo tiempo posible, haciéndole participar en el ambiente, alentando las funciones que aún posee y reemplazando las competencias que ha perdido por

otras, incrementando la supervivencia y las posibilidades funcionales de las personas mayores en la comunidad (24).

Alrededor del 24% de la población mayor de 65 años en España tiene algún grado de dependencia. Los cuidados informales representan más del 90% de toda la ayuda que estas personas mayores dependientes reciben. En la población norteamericana hay entre 5,8 y 7 millones de personas que ayudan a personas mayores dependientes en sus ABVD; esto es entre el 2,1 y el 2,6% de la población. Además, hay un 1,9% de personas que cuidan de personas con demencia de 50 años hacia delante. En cuanto al número de personas cuidadoras europeas, el INE indica en su Panel de Hogares de la Unión Europea que el 5,5% de la población europea cuida de forma no remunerada a personas de edad adulta (25).

Según datos del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), en España hay como mínimo unas 600.000 personas dedicadas al cuidado de una persona mayor con dependencia, esto es un 1,8% de la población mayor de edad de nuestro país (23). El perfil de las personas cuidadoras en España es el siguiente: mujer (84%), de edad intermedia (M= 53 años), ama de casa (44%) y en la mayoría de las ocasiones hija (50%) o cónyuge (16%). En cuanto al nivel de instrucción, el documento IMSERSO 2005 asegura que alrededor del 60% de las personas cuidadoras tiene un nivel de estudios bajo (sin estudios o estudios primarios). Este estudio también afirma que el 74% de las personas cuidadoras no trabaja; el 10% están en paro, el 20% son jubilados o pensionistas y el 44% son amas de casa (22).

Las actividades de cuidado se realizan de forma continua, sin interrupción. El 85% de las personas cuidadoras proporcionan asistencia diariamente, el 53% dedica más de 5 horas al cuidado de su familiar y el 20% entre 3 y 5 horas (26).

Cuando el receptor de cuidados es un varón; es su cónyuge quien le cuida en la mayoría de las ocasiones (77,6%). Sin embargo, cuando es una mujer quien necesita el cuidado, es mayoritariamente la hija quien se encarga (65,9%). Esto no solo se debe a que la esperanza de vida de la mujer es mayor que la del hombre, en nuestro país la esposa siente una mayor

obligación de cuidar de la pareja frente al marido (27). El resultado de esto es que la mujer, aparte de tener más probabilidades de ser cuidadora, tienen menos probabilidades de ser cuidadas por sus familiares; pues casi un 30% de las mujeres mayores de 65 años en nuestro país viven solas (23).

En cuanto a la atención, la gran parte de los cuidadores viven en el mismo domicilio que la persona mayor; 61% si la persona mayor es hombre y 55% si se trata de una mujer. Además, conforme avanza la edad del mayor aumenta el porcentaje de personas mayores que viven con distintos familiares por turnos; esto es lo que se conoce como "síndrome del abuelo golondrina". Así, entre un 12% y un 33% de las personas mayores con algún grado de dependencia van turnándose entre los hogares de sus hijos (22).

2.6 Factores de Riesgo.

Según el estudio de Mapfre sobre el estado de seguridad en el hogar y el ocio, están en especial riesgo de padecer un accidente doméstico: los niños y bebés, personas con dependencia física, psíquica y emocional, personas mayores y adultos (16). Como ya se ha comentado anteriormente, las personas con EA suelen ser personas mayores de 65 años y estos enfermos presentan algún grado de dependencia dependiendo de lo avanzada que se encuentre la enfermedad. De esta forma, se puede apreciar que los enfermos de Alzheimer son especialmente susceptibles a padecer un accidente en el hogar.

Los factores de riesgo que hacen que una persona con EA tenga más probabilidad de sufrir un accidente en el hogar pueden ser intrínsecos; que son inalterables y de la persona; y extrínsecos, que se relacionan con el medio que rodea a la persona y que en muchas ocasiones se pueden modificar.

El deterioro cognitivo es el factor de riesgo intrínseco por excelencia que presenta una persona con EA y le hace más vulnerable a accidentarse. A continuación, se presentan algunos comportamientos que manifiestan frecuentemente y que hay que tener en cuenta (9,11,28,29).

- El vagabundeo: la persona con EA se levanta y pasea, porque busca algo o alguien, por aburrimiento, como huida de algo que no le resulta agradable, por necesidad de moverse y hacer ejercicio y en ocasiones sin motivo claro. Es posible que estos paseos se den durante la noche; donde además se añade confusión y desorientación. Es probable que a pesar de que el cuidador le siente; el enfermo se vuelva a levantar y siga caminado de un lado hacia otro. Esta conducta puede ser peligrosa en lugares poco conocidos o si hay riesgo de que se caiga o se fugue.

- Agresividad: la persona se puede presentar con una actitud agresiva en muchas ocasiones por un sentimiento de frustración o de inutilidad. En otras ocasiones es debido a un dolor oculto, cambios en la rutina o como efecto secundario de alguna enfermedad o medicación. Esta actitud puede suponer un riesgo para la salud de los que le rodean y de sí mismo; que puede hacerse daño con objetos, personas o animales que le rodean.

- Alucinaciones: las personas con EA pueden ver, oír o sentir cosas que en realidad no existen. Estas alucinaciones suelen ser visuales y pueden desencadenar reacciones de todo tipo; desde miedo o huida a reacciones agresivas.

- Delirios: el enfermo tiene ideas falsas; que no se sustentan en la realidad. Por ejemplo, que le roban o que le quieren envenenar o hacer daño. Este trastorno, como el anterior, pueden provocar reacciones de miedo o agresividad que pongan en peligro su salud.

- Problemas del sueño: es frecuente que las personas con EA tengan una alteración del sueño que haga que duerman durante el día y se muestren despiertos durante la noche. Esta conducta tiene muchas repercusiones para el cuidador pues la preocupación de que la persona con EA sufra algún accidente le priva a sí mismo también del sueño.

Otro factor intrínseco que afecta a la accidentabilidad en personas con EA; que como ya hemos dicho son personas mayores de 65 años en su mayoría; son los cambios propios del envejecimiento. Estas alteraciones fisiológicas son: cambios en la marcha y estabilidad postural; que influyen sobre todo en la problemática de las caídas; y alteraciones sensoriales; de la vista, el oído, el olfato, el gusto y el tacto (30).

En cuanto a factores de riesgo extrínsecos, podemos destacar la polimedicación que sufren muchos enfermos y personas mayores, la falta de vigilancia y los puntos débiles del hogar (19).

Polimedicación: conforme aumenta la edad, aumenta el riesgo de padecer varias enfermedades; en muchas ocasiones crónicas, e incrementando a la misma vez la cantidad de fármacos que se ha de tomar. Es frecuente que los enfermos de Alzheimer utilicen incorrectamente los medicamentos, generando problemas como: graves efectos adversos, incumplimiento del tratamiento, duplicación de dosis u olvidos de tomas, interacciones entre medicamentos, uso inadecuado de las medicinas, etc. Las consecuencias de dichos problemas son un aumento de la frecuencia de hospitalización, de incapacidad funcional, mayor morbilidad, peor calidad de vida e incluso, mayor mortalidad. En muchas ocasiones la polimedicación es debido a un descontrol entre los profesionales que prescriben los fármacos; en otras ocasiones es porque no se le ha informado bien al paciente o familiar respecto al tratamiento. En cualquier caso; la polimedicación, que supone un mayor riesgo de accidentabilidad en pacientes con EA, es prevenible y abordable (31).

Falta de vigilancia: en muchas ocasiones, los accidentes ocurren cuando la persona con EA está sola; esta es una de preocupaciones que presentan sus cuidadores y familiares. Un enfermo de Alzheimer, en fases moderadas y avanzadas, requiere de supervisión las 24 horas del día (11). Esto a veces es imposible por parte del cuidador, que debe salir de casa para cubrir otras necesidades; viéndose obligada a dejar solo al enfermo si no dispone de ayuda; o en caso contrario a no cubrir las otras necesidades.

Puntos débiles del hogar: por último, pero no por ello menos importante, hemos de destacar el propio hogar como factor de riesgo que incide en los accidentes que las personas con EA sufren en su domicilio. Este factor de riesgo es modificable en muchos aspectos y es en el que nos centramos en este proyecto. Abordaremos los distintos factores de riesgo en el hogar desde el punto de vista del mecanismo del accidente, y nos centraremos en los más frecuentes: caídas, cortes y golpes, quemaduras e intoxicaciones.

2.7 Consecuencias de los Accidentes Domésticos

Los accidentes domésticos ocasionan pérdidas de vidas humanas, ingresos hospitalarios, períodos de rehabilitación largos, un aumento del grado de dependencia que el enfermo de Alzheimer ya tiene y a consecuencia de éste más riesgo de volver a tener un accidente, disminución de la calidad de vida del enfermo y por todo esto; un mayor riesgo de sobrecarga del cuidador.

Los accidentes domésticos en personas con EA son tan importantes por las consecuencias que un accidente de este tipo ocasiona en el enfermo y en su cuidador; desde hematomas a fracturas, heridas graves y hasta la muerte. Además; este riesgo presente en el hogar hace que la cuidadora viva con el miedo de que su familiar enfermo tenga un accidente; este es uno de los motivos por los que los pacientes con EA son institucionalizados.

Consecuencias médicas.

Un accidente doméstico puede ocasionar graves lesiones físicas que hagan que la persona quede en estado de incapacidad e incluso puede ser causa de mortalidad (16).

La mortalidad debida a los accidentes domésticos es más frecuente en edades más avanzadas; aunque estos accidentes sean más frecuentes en edades de entre 25-65 años, las personas mayores de 65 años tienen más riesgo de morir si sufren un accidente de este tipo. Esto se debe al desgaste del cuerpo con la edad, que les hace más frágiles. Además de la edad, hay

otros factores que hacen que aumente la posibilidad de fallecer por un accidente en el hogar. Estos factores son: el sexo femenino, que la persona mayor tenga más enfermedades crónicas y la polimedicación (16).

Los accidentes en el hogar producen lesiones de distinto tipo, se distinguen: las contusiones, magulladuras, fracturas, heridas abiertas, distorsiones, torceduras, esguinces, luxaciones y dislocaciones; de mayor a menor frecuencia (15). Se estima que alrededor del 80% de la población acude a los servicios de salud para pedir ayuda cuando sufre un incidente de este tipo, de éstos el 6,4% necesitará hospitalización y más del 44% sufrirá una lesión catalogada como grave (heridas abiertas profundas, fracturas, envenenamientos y quemaduras) (20).

Consecuencias psicológicas

Los accidentes en el hogar hacen que la persona que los sufre cambie su idea de que el hogar es el sitio más seguro donde puede encontrarse. A pesar de que es un ambiente que conocemos bien, cuando una persona sufre EA deja de reconocer los espacios en los que lleva viviendo toda su vida y puede llegar a perderse en su propia casa. En el caso de las familias que viven con una persona con EA los efectos psicológicos recaen principalmente en los miembros familiares que rodean al enfermo y no tanto en el propio enfermo, que al fin y al cabo sufre de una demencia. Son las personas dedicadas al cuidado del enfermo quienes sufren por él estas consecuencias psicológicas. Es frecuente que experimenten emociones de pena, culpa, enojo, vergüenza, soledad, miedo, depresión y ansiedad (2).

Consecuencias sociales

En muchos casos, los accidentes domésticos provocan lesiones mínimas o se quedan en un simple “susto”. Muchas de estas personas no acuden a los servicios de salud y lo suelen hacer porque no creen necesaria la ayuda del profesional sanitario y por vergüenza de que la gente conozca que ha sufrido un incidente. Para la sociedad, el hecho de que una persona mayor sufra un accidente pone de manifiesto sus cambios fisiológicos propios del envejecimiento. Se crea, en la población que rodea al mayor accidentado, la idea de que es dependiente, de que

necesita más supervisión, de que no debería vivir solo y en definitiva de que "ya no es lo que era".

Estas ideas, suman más presión a la cuidadora de una persona con EA, pues en muchas ocasiones sufre sentimientos de culpabilidad. Piensa que debería haber estado allí, que debería estar vigilándolo más a menudo, que debería haber tomado medidas sobre el entorno antes y, en definitiva, que debería dedicar más tiempo del que ya dedica al cuidado y supervisión de la persona mayor con demencia.

Consecuencias económicas

Cuando una persona sufre un accidente, en este caso una persona con EA que probablemente tiene más de 65 años, requiere de ayuda por parte de profesionales sanitarios. Por tanto, se producen una serie de gastos derivados de los servicios de emergencias, atención sanitaria e incluso es posible que requiera asistencia hospitalaria. Además, es probable que la persona aumente su grado de dependencia tras el accidente, necesitando más horas de cuidado informal y rehabilitación (16).

Para la familia también supone un coste el hecho de que su familiar sufra un accidente en el hogar que deriva de: medicamentos, bajas laborales de algún miembro de la familia, posible abandono del trabajo del cuidador principal, más horas de cuidado informal y la modificación de la vivienda para hacerla más segura; que en muchas ocasiones supone un gasto de dinero importante.

2.8 Los costes.

Por un lado, tenemos el coste que ocasiona la enfermedad de Alzheimer. Este viene determinado por el gasto directo (atención sanitaria, fármacos, cuidado formal, institucionalización…) más el gasto indirecto (el que deriva del cuidado informal que lleva a cabo la familia). En 2009, en Europa se invirtieron 103,3 millones solo en gastos directos y a nivel mundial, este mismo año, los costos anuales de la demencia fueron de 422 millones de dólares americanos (32). En cuanto a España, el gasto público en demencias (según

estimaciones de 2004) fue de 8.200 millones de euros (el 10% del total del presupuesto sanitario del conjunto del país). Otro dato a desatacar en nuestro país es que la familia asume el 87% del coste total de los gastos (solo el 13% restante lo hacen fondos públicos). Los gastos del cuidado informal suponen, de media, el 52% del gasto total, pero si al avanzar la enfermedad no se produce institucionalización, los gastos indirectos suponen el 73% del total (32).

Por otro lado, tenemos el gasto derivado de la accidentabilidad en personas con EA, pero no hay investigaciones acerca de esta problemática. No obstante, como la mayoría de las personas con EA son mayores y como ya hemos dicho anteriormente las personas con esta enfermedad son más susceptibles a los accidentes, podemos observar el coste que supone la accidentabilidad de personas mayores en España para hacernos una idea; sabiendo que las personas con EA contribuyen en gran medida a este gasto.

En España, según el Estudio de evaluación económica de la accidentabilidad de personas mayores que llevó a cabo la Fundación Mapfre en 2012, se producen casi 300.000 accidentes que requiere algún tipo de asistencia sanitaria al año en este grupo de edad. La mayoría de los accidentes son caídas por tropiezos o resbalamiento y ocasionan graves consecuencias.

El coste que supone la accidentabilidad en este grupo de población en España asciende a alrededor de 424 millones de euros al año. De estos, 381 millones corresponden a gastos directos derivados de la asistencia sanitaria: 37 millones se destinan a rehabilitación pues el 26% de los mayores que se accidentan harán uso de ella y 42,5 millones irán para cubrir los gastos indirectos de contratación de personal cuidador, transporte en ambulancias/taxis a centros médicos, bajas laborales de familiares y ayudas técnicas como muletas, sillas de ruedas, etc. (18).

2.9 Prevención

La prevención de los accidentes domésticos en personas con EA se basa en 3 principios generales según la guía de "Protección en el Hogar para las personas con EA" (33):

- Prevenir los riesgos: analizar todos los factores de riesgo que influyen en los accidentes domésticos ocurridos en personas con EA y abordarlos todos. No obstante, como ya hemos comentado en nuestro problema de salud influyen una serie de factores de riesgo que no se pueden modificar como pueden ser las características propias de la enfermedad o los cambios del envejecimiento. A pesar de ello, aunque no se puedan modificar a algunos se les puede poner remedio (como usar gafas si no se ve bien).
- Adapte el ambiente: este es factor de riesgo más modificable y sobre el que nosotros trabajamos en mayor medida. Poner un baño adaptado a la persona enferma hará que sus probabilidades de sufrir un accidente en el mismo se vean reducidas, disponer de buena iluminación, eliminar alfombras, guardar los objetos peligrosos bajo llave… todas estas modificaciones harán que el hogar sea más seguro.
- Reduzca el peligro: al adaptar el ambiente y mejorar la seguridad del hogar tanto la persona con EA como la persona dedicada a su cuidado verán mejorada su situación. La persona cuidadora vivirá más tranquila y sin miedo; se elimina la tensión de estar siempre preocupado por el enfermo y éste adquiere más independencia para estar por casa.

3. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN Y ESTUDIO DE LAS NECESIDADES EDUCATIVAS RELACIONADAS CON LOS ACCIDENTES DOMÉSTICOS DE LAS PERSONAS CON EA.

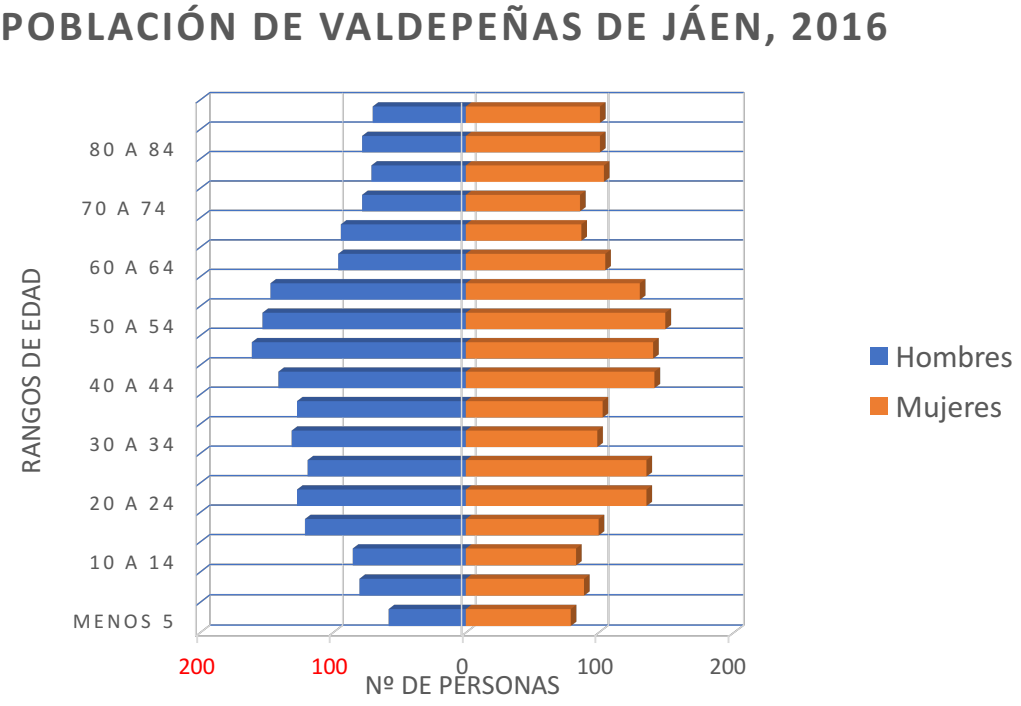
3.1 Conocimiento de las características de los/as usuarios/as a los que va dirigida la educación para la salud (EPS).

Este programa va dirigido a la prevención de accidentes en el hogar en personas con enfermedad de Alzheimer del centro de salud de Valdepeñas de Jaén. La elección de esta enfermedad se debe a que su riesgo de accidentarse es aún mayor que el de las personas de su grupo de edad.

Con la finalidad de incrementar la efectividad de este programa realizaremos una descripción lo más detallada posible sobre la población a la que va dirigida la EPS.

3.1.1 Características demográficas de la población receptora del programa.

Figura 2: Población de Valdepeñas de Jaén en 2016.



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística.

La comunidad a la que está destinada el programa se basa en personas usuarias del Centro de Salud de Valdepeñas de Jaén que tengan un familiar con enfermedad de Alzheimer. Dicho Centro de Salud se encuentra en el municipio de Valdepeñas de Jaén, un pueblo enclavado en el corazón de la comarca de la Sierra Sur, al suroeste de la provincia de Jaén. El municipio se encuentra a una altitud de 920 metros, a 31 kilómetros de la capital de la provincia. Según datos del INE, en 2016 este municipio contaba con una población de 3.910 habitantes.

En este municipio, la población de personas mayores de 65 años es de 879 personas; es decir el 22,5%; 4 puntos porcentuales por encima de la media española 18,4 %. Es por esto que podemos afirmar con rotundidad que la población de Valdepeñas de Jaén está envejecida; hay más octogenarios que niños menores de 4 años y es notoria la presencia de 55 habitantes mayores de 90 años; además de una señora que supera los 100 años. En cuanto a género se refiere, la población está muy igualada en números absolutos; 1.973 mujeres frente a 1.937 hombres. No obstante, si observamos los grupos de edad, que se pueden apreciar en la Figura 2, veremos que destaca la población masculina en el rango de 30-55 años y en la población de personas mayores de 70 años destaca el sexo femenino; que es claramente predominante.

3.1.2 Aspectos socioeconómicos

En cuanto al sector económico se refiere, la localidad de Valdepeñas de Jaén se dedica al sector agrícola en su mayoría; ésta se vincula casi en su totalidad con el cultivo del olivar. Este hecho no es de extrañar en la provincia de Jaén; pues esta actividad es propia de todos los municipios de la provincia debido a que terreno y clima presentan unas condiciones inmejorables para el cultivo del olivar.

De esta forma, en el sector primario destaca el cultivo del olivar, que ocupa más del 90% de todas las actividades agrícolas que se desarrollan en el municipio en los meses de noviembre a febrero. Esta villa dispone de 2.805 hectáreas dedicadas al olivar; que son alrededor de unos 270.000 olivos y se recogen una media de 15-16 millones de kilos de aceituna al año (34)

En cuanto a la ganadería, destaca la cabaña ovina y caprina. La explotación de este tipo de cabaña se realiza para la producción y comercialización de leche y derivados de la misma. Es común la venta de queso fresco, elaborado a partir de leche de oveja y de cabra. El pueblo dispone de 84 hectáreas dedicadas a cultivos herbáceos cuyo principal cultivo de regadío es la patata de media estación y en cuanto a cultivo de secano herbáceo predomina la avena; que se utiliza para la siega y el pastoreo (34).

Otro hecho destacable en el municipio es la emigración durante ciertos períodos de tiempo al año. La población joven de 25 a 59 años, sobre todo la población masculina, emigra a Francia para la recolección de fresa en los meses de abril, mayo y junio y para la recolección de manzana en los meses de septiembre y octubre. Una pequeña minoría también emigra a Francia para la recolección de lavanda en los meses de julio y agosto. Por otro lado, parte de la población joven femenina, de 20 a 45 años, emigra a Castilla la Mancha para la recolección de uva en los meses de septiembre y octubre.

En resumen, Valdepeñas de Jaén es un municipio eminentemente agrícola que se dedica casi en exclusiva al cultivo del olivar, principal causa de ingresos en el municipio. No obstante, como la recolección de aceituna no dura todo el año; ciertos meses del año la población joven emigra a países y provincias vecinas para realizar otras actividades agrícolas. La ganadería; a pesar de estar presente, no goza de demasiada importancia en el municipio.

3.1.3 Nivel de instrucción

En cuanto al nivel de instrucción, hemos observado los datos más recientes publicados por el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, en el apartado de Explotación de los Censos de Población y Viviendas del INE. Este indica en cada municipio de la provincia de Jaén el número de habitantes que no sabe leer ni escribir, que sabe leer o escribir pero no tiene certificado de estudios primarios, que posee el certificado de estudios primarios, secundarios o terciarios (35).

De esta forma en el año 2011, la suma de habitantes de Valdepeñas de Jaén que no sabe leer o escribir era de un total de 268 personas. La cifra de habitantes que sabe leer y escribir pero fue menos de 5 años a la escuela es de 821 y los que sí fueron más de 5 años a la escuela pero no llegaron al último curso de ESO, EGB o Bachillerato elemental y por tanto no tienen certificado de enseñanzas primarias asciende a 412 personas (35). La suma de los anteriores indicadores asciende a un total de 1501 personas con bajo nivel de instrucción de 4.108 habitantes que vivían en el municipio en el año 2011; esto es el 36,5% de la población; cifra bastante alta. No obstante, esta cifra es normal si tenemos en cuenta que la población mayor se ha dedicado casi en exclusiva a labores del campo durante toda su vida, por lo que no ha adquirido un nivel de formación óptimo.

3.1.4 Perfil de la población y necesidades sentidas

En base a los datos de incidencia de la EA en España, estimamos que en Valdepeñas de Jaén hay alrededor de 58 personas mayores de 65 años y cerca de 38 octogenarios con esta enfermedad. La idea general de la población hacia la EA es negativa; se relaciona con ideas de gran carga de cuidado para la familia, miedo a que ocurra un accidente o se pierda, miedo sobre las conductas del enfermo y enfermedad que conduce a la muerte.

Por otro lado, en cuanto a los accidentes domésticos que suceden en Valdepeñas, se calcula que son alrededor de 216 personas las afectadas por esta problemática cada año en el municipio. De estos, el 20% ocurrirían en personas mayores de 65 años; esto son 43 víctimas. Como ya hemos dicho, dentro del grupo de personas mayores, las personas que sufren una demencia son especialmente susceptibles a los accidentes en el hogar. Además, no debemos olvidar que estos datos son estimaciones en base a la media española y muchas personas no acuden al sistema sanitario cuando se accidentan porque no lo consideran importante o por vergüenza. De esta forma, es muy probable que sean más de 43 el número de personas mayores que se accidenten cada año en el municipio.

Las preocupaciones o miedos que la población cuidadora valdepeñera tiene acerca de la EA y los accidentes en el hogar son:

- Miedo a dejar al enfermo solo y que el accidente suceda cuando ellos no están.
- Miedo a que el familiar se levante durante la noche y el accidente ocurra mientras duermen; la mayoría de las personas cuidadoras indican no dormir bien por la noche a causa de esto.
- Miedo a que el enfermo se caiga, consecuencias que pueda ocasionar la caída, hospitalización…
- Miedo a que el enfermo provoque un incendio en casa, miedo de que se queme y de que se dejen el gas abierto.
- Miedo de que se corte. Ven especial peligro en que el enfermo corte jamón sin que ellos se den cuenta o cuando ellos no estén.
- Miedo de que se golpee. Muchas personas aseguran que cada vez que asean al enfermo le ven un hematoma nuevo, generalmente en los brazos y piernas.
- Miedo de que se beban algún producto de limpieza, a que coman comida en mal estado y a que se equivoquen tomándose la medicación.

Hemos identificado las anteriores necesidades sentidas a través de entrevista a varias personas cuidadoras de enfermos de Alzheimer y con datos que nos han proporcionado los enfermeros del centro de salud de Valdepeñas de Jaén.

Con este programa pretendemos reducir el número de accidentes en hogares en los que vive una persona con EA, no obstante, el hecho de modificar el hogar y hacerlo más seguro implica que todas las personas que residan en esa vivienda también verán incrementada su seguridad. De esta forma, niños pequeños, bebés y otras personas mayores como el cónyuge del enfermo; todos susceptibles a los accidentes, también se beneficiarían de las mejoras del hogar.

3.1.5 Aspectos culturales y Organización Social

El municipio de Valdepeñas de Jaén es un pueblo pequeño donde prácticamente todos sus habitantes se conocen. Es común conocer a las familias por motes o apodos, lo que hace que el trato entre ellos sea cercano. En Valdepeñas hay un consultorio médico que se ubica en la calle Ladera; en el número 12.

Un dato a destacar es que el municipio es religioso; en general la población es muy devota de una imagen cristiana que se ubica en una ermita cercana a la villa. Ésta marcada religiosidad es aún más intensa en las personas mayores, pues hay una importante cantidad de habitantes de esta edad inscritos en la Cofradía del Cristo de Chircales de Valdepeñas de Jaén.

En Valdepeñas hay un único consultorio médico que se ubica en la calle Ladera, en el nº 12. El hogar del jubilado, que se ubica en la calle Paseo del Chorrillo nº 2, es el punto de encuentro de muchas personas mayores, sobre todo mujeres, durante las mañanas y las tardes. En muchas ocasiones van a pasar el rato; jugar, contar historias, aprender y practicar la lectura… También es frecuente encontrar a los mayores, sobre todo a los hombres, paseando en el Parque del Chorrillo que está justo al lado del hogar del jubilado. Además, se ofrece el desayuno y la comida de medio día por un precio muy asequible a los mayores que lo necesiten. Justo al lado se encuentra la biblioteca pública municipal, que dispone de ascensor, y en la segunda planta tiene un espacio para reuniones, exposiciones, charlas y teatros. Esta sala está bien iluminada, tiene calefacción, alrededor de 100 sillas con mesita auxiliar, pizarra, escenario, cañón, pared lisa, altavoces y micrófono…

3.2 Identificación de las Necesidades Educativas. (Método PRECEDE).

Para realizar el análisis de las necesidades educativas de nuestra población diana y para luego realizar la intervención, utilizaremos el método PRECEDE (36) que significa: Predisposing, Reinforcing, Enabling, Causes, Educational y Evaluation. Este método fue ideado por Green y Kreuter para valorar las necesidades educativas que tiene una población o comunidad y poder identificar los factores predisponentes, facilitadores y reforzantes de una conducta que se desea modificar. Dichos factores son fundamentales y necesarios para una intervención de

EpS y todo esto siempre está dirigido a la modificación o adopción voluntaria de conductas saludables.

- Factores que predisponen la conducta: información, actitudes y creencias relacionadas con la seguridad del hogar. Que el familiar aprenda la gravedad del problema, la percepción de alto riesgo de accidentarse que presenta su hogar y la conciencia sobre las consecuencias que los distintos accidentes domésticos pueden provocar en su familiar con enfermedad de Alzheimer.

- Factores que facilitan la conducta: pueden ser personales o ambientales. En cuanto a personales destacamos: el interés y la motivación que los cuidadores tienen para aprender nuevas habilidades para facilitar dicha conducta. En cuanto a ambientales tenemos que el sitio donde se lleve a cabo la educación y promoción de salud tenga una buena accesibilidad. Otros facilitadores importantes son que el horario sea compatible, que el programa sea sencillo, que se adapte al nivel de instrucción de la población, la posibilidad de que alguien se quede con el enfermo para que los cuidadores puedan venir a las sesiones…

- Factores que refuerzan la conducta: son los factores que se dan una vez que el cuidador lleva a cabo la conducta, son: la satisfacción personal de haber adaptado el hogar, la eliminación del miedo a dejar al familiar solo, poder dormir más tranquilos durante la noche, reconocimiento verbal por parte de los profesionales sanitarios cuando modifiquen algún aspecto peligroso del hogar, etc.

La conducta relacionada con el origen de los accidentes domésticos susceptible de ser abordada por los profesionales sanitarios enfermeros de atención primaria es:

- La educación de personas cuidadoras de pacientes con Alzheimer para que desarrollen medidas en el hogar que prevengan los accidentes domésticos.

TABLA 1. Método PRECEDE.

	POSITIVOS	NEGATIVOS
PREDISPONENTES	-Conocer los beneficios que tiene la modificación del ambiente que rodea al enfermo de Alzheimer en la disminución de accidentes domésticos. - Conocer la gravedad de los accidentes en el hogar y sus consecuencias. - Saber que otros cuidadores que han modificado el entorno han prevenido algún accidente doméstico. - Saber que otras personas de su rango de edad se han apuntado al Programa de Prevención de Accidentes domésticos. - Que un familiar o amigo le anime a ir al programa de prevención de accidentes.	- Falta de información sobre los programas para cuidadores por falta de difusión por parte de los sanitarios del centro de salud o por escasa/mala publicidad en la comunidad. - Falta de interés. Que las personas piensen que los programas preventivos son una pérdida de tiempo y que no sirven para nada… - Creencias erróneas ("mi casa ya es segura", "mi familiar nunca ha sufrido un accidente en casa, eso no me va a ocurrir a mí"…).
FACILITADORES	- Horario sea apropiado para las personas cuidadoras. - Buena accesibilidad a la sala donde se desarrollará el programa; escoger un sitio céntrico y conocido por la gente del pueblo. - Educación de los cuidadores y de sus familiares sobre la modificación y adaptación del hogar por parte de distintas figuras sanitarias. - Posibilidad de dejar al enfermo con algún amigo, familiar, voluntario o en un centro de día.	- Falta de tiempo u horario complicado; las personas cuidadoras de enfermos de Alzheimer dedican muchas horas al día para el cuidado y no suelen tener mucho tiempo libre. -Que los cuidadores no conozcan el lugar donde se desarrolla el programa o que el lugar les pille muy lejos de casa. - Que ningún familiar o amigo presente ayuda al cuidador para quedarse con el enfermo mientras acude al programa.
REFORZANTES	- Felicitación y reconocimiento del esfuerzo de los cuidadores que toman medidas para prevenir accidentes en casa por parte de familiares y profesionales sanitarios. - Que los cuidadores experimenten los beneficios de volver el hogar más seguro para el enfermo: más tranquilidad cuando salgan de casa, dormir mejor y más tiempo, vivir con menos ansiedad…	- Crearse falsas expectativas. - Dudar del beneficio del programa porque durante su desarrollo su familiar sufra un accidente doméstico. - Imposibilidad de modificar el hogar por falta de ayuda de familiares o amigos, insuficiencia de recursos técnicos o económicos…

Fuente: Elaboración propia.

4. DEFINICIÓN DE OBJETIVOS:

4.1 Objetivos generales:

- Disminuir en un 30% la prevalencia de accidentes domésticos en personas con Alzheimer del municipio de Valdepeñas de Jaén en el año 2017.

4.2 Objetivos específicos:

De conocimientos:

-El 80% de las personas cuidadoras participantes en el programa de educación para la salud identificará al menos 3 factores de riesgo de accidentes domésticos.

-El 80% de las personas cuidadoras participantes en el programa de educación para la salud identificará al menos 5 puntos de riesgo en el hogar

-El 80% de las personas cuidadoras participantes en el programa de educación para la salud describirá otras 5 medidas útiles para la prevención de accidentes domésticos.

-El 80% de las personas cuidadoras participantes en el programa de educación para la salud comprenderán la importancia de participar en este programa para luchar contra este problema de salud personal y pública.

De actitudes:

-El 75% de las personas cuidadoras participantes en el programa de educación para la salud manifestará intención de modificar al menos 3 aspectos del hogar para disminuir el riesgo de accidentes.

-El 75% de las personas cuidadoras participantes en el programa de educación para la salud mostrarán una disposición favorable hacia la modificación del hogar para evitar incidentes al finalizar el programa.

De comportamientos:

-El 70% de las personas cuidadoras participantes en el programa de educación para la salud habrá modificado al menos 3 aspectos del hogar con el fin de prevenir accidentes en el hogar al finalizar el programa.

5. CONTENIDOS EDUCATIVOS.

En las sesiones educativas encaminadas a la población diana estarán incluidos los siguientes contenidos con el fin de obtener los objetivos definidos con anterioridad:

- Presentación.

- Concepto de factor de riesgo y explicación de los distintos factores de riesgo que afectan a los accidentes en el hogar en sus familiares con Alzheimer. Para preparar la sesión el/la enfermero/a deberá revisar los documentos de las siguientes referencias bibliográficas: 9, 11, 16, 28, 29, 30, 31 y 33. También deberá ver el anexo 1: Factores de Riesgo de los accidentes domésticos, que le puede servir de ejemplo. Se expondrá el vídeo de 8 consejos para adaptar el hogar a las personas mayores Prosegur: https://www.youtube.com/watch?v=rV1xWR2Rn-c- (anexo 2).

- Prevención de caídas: lugares frecuentes (38), consecuencias (15), adaptación del hogar, calzado adecuado (11,29,33,37) y ayudas técnicas: Anexo 3.

- Prevención de incendios, quemaduras e intoxicaciones por CO: cocina, sistemas de calefacción seguros, instalaciones eléctricas seguras y sistemas de alerta entre otros. Ver los documentos de las referencias bibliográficas 33, 37, 39, 40 y el Anexo 4 que son dos folletos elaborados por la Fundación Mapfre que indican algunos consejos útiles para la prevención de incendios.

- Prevención de cortes: dónde y cómo guardar los objetos punzantes y cortantes. Ver los documentos pertenecientes a las referencias bibliográficas número 33, 37 y 40.

- Prevención de golpes y aplastamientos. Ver los documentos pertenecientes a las referencias bibliográficas número 33, 37 y 40.

- Prevención de intoxicaciones: por productos de limpieza, venenos, medicamentos y alimentos en mal estado. Ver los documentos pertenecientes a las referencias bibliográficas número 33, 37, 40, 41 y 42. También se hará uso del vídeo de la "Familia Segura" disponible en el siguiente enlace web: https://www.youtube.com/watch?v=BMKrfY236Q4 (anexo 5).

6. ESTRATEGIAS DE IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDEPEÑAS DE JAÉN.

Para el desarrollo del Programa de Prevención de accidentes en el hogar destinado a personas cuidadoras de enfermos de Alzheimer se llevarán a cabo distintas estrategias que se pueden clasificar en 2 tipos distintos: estrategias de captación y estrategias de intervención; estas se describen a continuación.

6.1 Estrategia de captación.

Este programa irá destinado a todas las personas cuidadoras de enfermos con Alzheimer del municipio. La estrategia de captación del grupo diana será realizada por el equipo de enfermeras/os del centro de salud del municipio. El método de captación se hará mediante las bases de datos del Sistema Sanitario Andaluz. Localizaremos a los enfermos de Alzheimer pertenecientes al consultorio médico de Valdepeñas de Jaén y así a sus cuidadores/as principales.

Enviaremos una carta al domicilio de las personas cuidadoras informándoles de la existencia del programa, invitándoles a participar, razones por las que deberían hacerlo y dónde deben inscribirse: anexo 6.

También colocaremos carteles sobre el programa en distintos lugares céntricos del pueblo, donde se suelen anunciar los eventos y acontecimientos próximos y daremos folletos desde el centro de salud a las personas cuidadoras de enfermos de Alzheimer que acudan a la consulta del enfermero/a de familia o del médico/a de familia independientemente del

motivo de la consulta; aprovechando para invitarles a apuntarse de forma oral. El cartel y el folleto pueden visualizarse en el anexo 7 y 8.

Por otro lado, para aquellas personas que no se hayan inscrito, las llamaremos por teléfono y las invitaremos nuevamente a que se unan al programa pues es posible que el motivo por el que no se hayan inscrito sea que no sepan leer. No debemos olvidar de informar en todos estos medios que para la participación en el programa es necesario que se apunten a una lista de participantes. Para ello podrán llamar por teléfono al número del consultorio y decirle a la persona administrativa que les anote en la lista o ir personalmente al consultorio a apuntarse.

Cuando tengamos la lista definitiva de las personas que se han apuntado al programa, el grupo de enfermeras/os del centro de salud de Valdepeñas concertarán una primera cita individual con la persona cuidadora en el domicilio donde reside el enfermo de Alzheimer; para hacer una primera valoración del hogar.

En la primera cita o sesión individual, la enfermera realizará una valoración familiar apoyándose en el anexo 9. Luego hará una valoración de la seguridad del hogar en el que habita una persona con EA, para ello se ayudará del anexo 10; que es un documento que sirve de ayuda para valorar los distintos puntos peligrosos de una vivienda. Tras esta valoración, la enfermera anotará las recomendaciones que hay que realizar en el hogar para mejorar su seguridad y dará este documento a la persona cuidadora.

Tras la valoración del hogar se clasificarán a las familias según el riesgo de accidentes domésticos que presenten en bajo, moderado y alto riesgo.

- Riesgo bajo: estarán en este grupo aquellas familias que tras la valoración inicial del hogar se aprecie como resultado que la vivienda posee menos de 5 puntos de riesgo o puntos peligrosos.
- Riesgo Moderado: en este grupo estarán las familias que tienen entre 6 y 10 puntos peligrosos en la casa
- Alto Riesgo: por último, en este grupo estarán las familias cuyo hogar presente más de 10 puntos de riesgos o puntos peligrosos.

6.2 Estrategia de Intervención.

Las estrategias de intervención estarán guiadas por el equipo de enfermeros/as comunitarios y puede verse en forma de algoritmo en el Anexo 11. Como ya he dicho, tras una primera valoración del hogar se realizarán una serie de consejos y recomendaciones individuales y sesiones grupales. Dependiendo del riesgo de accidentes domésticos se les propondrán diferentes medidas preventivas:

TABLA 2: Valoración del riesgo de accidentes domésticos.

Riesgo Bajo	Estarán en este grupo aquellas familias que tras la valoración inicial del hogar se aprecie como resultado que la vivienda posee menos de 5 puntos de riesgo o puntos peligrosos. En este caso, a la persona cuidadora se le darán por escrito las recomendaciones que la enfermera considere oportunas para mejorar el hogar. En caso de que la persona posea un bajo nivel de instrucción se le explicarán verbalmente las recomendaciones asegurándose de que las ha comprendido y memorizado. Tras un mes se volverá a concertar una cita con la persona cuidadora para volver a valorar el hogar y comprobar que se han realizado cambios con el fin de mejorar la seguridad del enfermo de Alzheimer.
Riesgo Moderado	En este grupo estarán las familias que tengan entre 6 y 10 puntos peligrosos en la casa. A las personas cuidadoras de este grupo también se les dará por escrito unas recomendaciones para incrementar la seguridad del hogar. Además, se les incluirá en las 5 sesiones grupales del programa. Un mes después de las sesiones grupales, la enfermera concertará una nueva cita con la persona cuidadora y se valorarán los cambios realizados. En caso de que la persona cuidadora posea un bajo nivel de instrucción se adaptará el programa y se individualizará según las necesidades de la persona.
Riesgo Alto	Por último, a aquellas familias que presenten más de 10 puntos de riesgo, se les darán por escrito las recomendaciones y se les incluirá en las 5 sesiones grupales. Se volverá a valorar el hogar un mes después de las sesiones grupales y una tercera vez dos meses después de las sesiones. Esto implica más control. En el caso de que la persona posea un bajo nivel de instrucción, se le explicarán las recomendaciones verbalmente, se adaptará e individualizará el programa a esa persona. En este caso se revalorará el hogar cada dos semanas durante 2 meses.

Fuente: Elaboración propia.

Además, en la primera sesión individual, el profesional de enfermería aplicará el modelo Prochaska (43). Este consiste en interpretar la actitud hacia el cambio que posee la persona cuidadora. Para saber en qué etapa del modelo se encuentra, el profesional enfermero hará uso de la entrevista clínica; según el discurso de la persona cuidadora se puede identificar la fase en la que se encuentra y una vez identificada la etapa el profesional elegirá la opción correcta para favorecer el cambio. En este programa de EPS, se utilizarán solamente las 4 primeras, pues la quinta y la sexta (etapas de mantenimiento y recaída) no tienen sentido ya que una vez realizado el cambio y modificado el hogar el peligro desaparece.

- Etapa de Precontemplación: expresiones como “a mí eso no me hace falta”, “mi casa está muy bien”, la persona cuidadora no presta atención ni interés. El profesional de enfermería deberá aumentar la percepción de riesgo y los problemas que genera sus pensamientos y actitudes actuales. Podemos sugerir a la persona cuidadora que se informe sobre el problema y dónde puede hacerlo, que nos pregunte dudas, que hable con otros miembros familiares sobre el problema, etc. Para resolver sus dudas podemos darle material por escrito como alguna guía o folleto.

- Etapa de Contemplación: la persona cuidadora reconoce el problema y está más receptiva, aunque no se decide a iniciar el cambio y duda sobre si los beneficios son reales. El profesional deberá explicarle las razones positivas por las que debería modificar su hogar, indicarle cómo puede realizar cambios de forma específica, dónde y cómo obtener los recursos que necesita…

- Etapa de Preparación: la persona está implicada en la modificación de la conducta, está preparada para modificar el hogar e incluso puede haber hecho alguna mejora ella sola en el hogar. El profesional debe hacer un plan de forma consensuada con la persona cuidadora. A cada problema habrán de determinar cuándo, dónde y cómo ponerle solución.

- Etapa de Acción: la persona cuidadora sigue el plan establecido y modifica distintos aspectos de su hogar para hacerla más segura. El profesional debe apoyar la decisión de cambio, darle refuerzos positivos, elogios…

7. MÉTODOS Y MATERIALES.

En este programa de educación para la salud se van a utilizar los siguientes métodos pedagógicos: estrategia individual: entrevista clínica; estrategia grupal: debate dirigido, charla-coloquio, grupo de discusión, exposición apoyada en un PowerPoint, uso del método alusivo, recapitulación.

Los medios/materiales educativos utilizados: cartel anexo 7, folleto de captación anexo 8, guía "Protección en el hogar para las personas con EA" anexo 10, vídeos explicativos anexos 2 y 5, presentación PowerPoint, Página web: anexo 3, folletos explicativos sobre la prevención de incendios: anexo 4, dibujo de una casa para una dinámica grupal: anexo 12 (44).

8.PREVISIÓN DE LOS RECURSOS NECESARIOS:

8.1 Recursos humanos:

Tanto la valoración como el desarrollo de las sesiones se llevarán a cabo gracias a la participación de profesionales del Equipo de Atención primaria, concretamente enfermeros/as comunitarios. A la primera sesión individual de valoración del hogar y exposición de recomendaciones acudirá una única enfermera. A las sesiones grupales acudirán dos, para ayudarse en la preparación de los recursos materiales indispensables para realizar las intervenciones educativas. Estas enfermeras realizarán el programa dentro del tiempo de su jornada laboral.

8.2 Recursos materiales:

- Sala de exposiciones, charlas y reuniones de la biblioteca pública municipal de Valdepeñas de Jaén u otra sala acondicionada para charlas informativas con mesas y sillas, buena iluminación, calefacción y posibilidad de acceso a internet. - Cañón para proyector y pantalla o pared en blanco. - Material de dibujo. - Pelota. - Pizarra con tizas/rotulador. - Ordenador, impresora y folios para los cuestionarios, cartas de captación e impresión de folletos. - Se imprimirán unas 60 cartas de invitación al programa. - 60 sobres y sellos. - 60 folletos de

invitación al programa. - 20 carteles (servicio de reprografía). - Una vez sepamos la gente que se ha apuntado se imprimirán los folletos del anexo 4, el anexo 12 (44) en tamaño A2 y los cuestionarios.

8.3 Recursos financieros:

La financiación de este programa la asumirá el Centro de Salud de Valdepeñas de Jaén y el Ayuntamiento de dicho municipio, utilizando parte del presupuesto destinado para la puesta en marcha de programas de educación para la salud.

9. DISEÑO DE LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA.

La parte de la evaluación de un programa de educación para la salud es un proceso que ha de ser continuo y nos debe orientar para ir modificando componentes del programa y así, mejorarlo. Con la evaluación podemos saber si las actividades que se plantearon previamente se han elaborado según lo previsto y en qué porcentaje se ha completado la programación previamente establecida. Además, nos da información sobre la efectividad de la metodología usada y de las actividades realizadas.

En nuestro programa evaluaremos si los recursos humanos y materiales empleados y el proceso han sido los adecuados mediante un cuestionario de satisfacción (Anexo 13), ver Tabla 3, 4 y 5. En el cuestionario hay una serie de afirmaciones y 5 opciones de respuesta que van desde: “Totalmente en desacuerdo” a: “Totalmente de acuerdo”; siendo la primera la puntuación más baja: 1 y la segunda la más alta: 5. Esto es lo que se conoce como escala Likert (45). De esta forma se evaluarán los distintos indicadores; se irán sumando las puntuaciones que todos los participantes dan a un indicador y el máximo se obtendrá multiplicando el nº de participantes por 5. A más puntuación, mejor es el resultado pues la mayor parte de los participantes está de acuerdo con la afirmación (que siempre es positiva).

Por otro lado, también se evaluarán los resultados. En este caso se evaluará si los objetivos descritos anteriormente se han cumplido, ver Tabla 6. Para ello hemos elaborado otro cuestionario (Anexo 14) tipo examen, en el que se evaluarán si los conocimientos, actitudes y conductas adoptadas por los participantes son los esperados.

TABLA 3: Evaluación de la Estructura: Recursos Humanos

Indicador	Instrumento para la recogida de datos y momento	Pregunta/Afirmación	Puntuación
Empatía del enfermero/a.	Cuestionario de satisfacción (Anexo X). Se pasará dos veces, al finalizar la sesión 3 y la sesión 6.	El/la enfermero/a ha sido comprensivo en todo momento…	1 2 3 4 5
Capacidad de comunicación y habilidad para la docencia del profesional enfermero.	Cuestionario de satisfacción (Anexo X). Se pasará dos veces, al finalizar la sesión 3 y la sesión 6.	El/la enfermero/a ha mantenido un lenguaje claro y sencillo durante el desarrollo de la sesión…	1 2 3 4 5
Capacidad de dinamización del profesional enfermero.	Cuestionario de satisfacción (Anexo X). Se pasará dos veces, al finalizar la sesión 3 y la sesión 6.	La sesión ha sido muy entretenida, el tiempo se ha pasado volando…	1 2 3 4 5
Capacidad para el fomento de la participación de los asistentes.	Cuestionario de satisfacción (Anexo X). Se pasará dos veces, al finalizar la sesión 3 y la sesión 6.	El/la enfermero/a ha favorecido la cooperación y participación de los asistentes…	1 2 3 4 5
Capacidad para la motivación de los asistentes.	Cuestionario de satisfacción (Anexo X). Se pasará dos veces, al finalizar la sesión 3 y la sesión 6.	El/la enfermero/a ha conseguido motivarle…	1 2 3 4 5

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 4: Evaluación de la Estructura: Recursos Materiales.

Indicador	Instrumento para la recogida de datos y momento	Pregunta/Afirmación	Puntuación
Adecuación del lugar donde se desarrollan las sesiones.	Cuestionario de satisfacción (Anexo X). Se pasará dos veces, al finalizar la sesión 3 y la sesión 6.	El lugar donde se han impartido las sesiones es adecuado…	1 2 3 4 5
Utilidad del material audiovisual.	Cuestionario de satisfacción (Anexo X). Se pasará dos veces, al finalizar la sesión 3 y la sesión 6.	Los materiales utilizados (folletos, diapositivas, vídeos…) han servido de ayuda para comprender mejor la explicación…	1 2 3 4 5
Adecuación del material usado.	Cuestionario de satisfacción (Anexo X). Se pasará dos veces, al finalizar la sesión 3 y la sesión 6.	Los materiales usados (folletos, diapositivas, vídeos…) eran adecuados (se veían o escuchaban bien, estaban bien escritos…) …	1 2 3 4 5

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 5: Evaluación del Proceso.

Indicador	Instrumento para la recogida de datos y momento	Pregunta/Afirmación	Puntuación
Relación entre los participantes.	Cuestionario de satisfacción (Anexo X). Se pasará dos veces, al finalizar la sesión 3 y la sesión 6.	Se ha encontrado cómodo/a dentro del grupo…	1 2 3 4 5
Adecuación del tiempo dedicado a cada sesión.	Cuestionario de satisfacción (Anexo X). Se pasará dos veces, al finalizar la sesión 3 y la sesión 6.	El tiempo que han durado las sesiones era adecuado…	1 2 3 4 5
Utilidad de los métodos pedagógicos desarrollados.	Cuestionario de satisfacción (Anexo X). Se pasará dos veces, al finalizar la sesión 3 y la sesión 6.	Los métodos de enseñanza (técnicas de presentación, presentaciones, charlas…) le han parecido útiles…	1 2 3 4 5
Eficacia de las estrategias de intervención desarrolladas.	Cuestionario de satisfacción (Anexo X). Se pasará dos veces, al finalizar la sesión 3 y la sesión 6.	Si usted tuviera que poner una puntuación al programa le daría… (siendo totalmente en desacuerdo un 1 y totalmente de acuerdo un 5).	1 2 3 4 5

Fuente: Elaboración propia.

TABLA 6: Evaluación de los Resultados.

Indicador	Instrumento para la recogida de datos y momento	Pregunta/Afirmación	Puntuación
Conocimientos obtenidos acerca de los factores de riesgo.	Cuestionario de evaluación de los resultados (Anexo X), en la última sesión y en la reevaluación del hogar.	Enumere al menos 3 factores de riesgo que influyan en los accidentes domésticos.	1 2 3 4 5
Conocimientos adquiridos acerca de los puntos peligrosos en el hogar.	Cuestionario de evaluación de los resultados (Anexo X), en la última sesión y en la reevaluación del hogar.	Enumere al menos 5 puntos peligrosos o de riesgo en el hogar.	1 2 3 4 5
Conocimientos adquiridos sobre medidas útiles para prevenir accidentes domésticos.	Cuestionario de evaluación de los resultados (Anexo X), en la última sesión y en la reevaluación del hogar.	Enumere 3 formas de prevenir caídas modificando el entorno. Enumere 3 medidas que se deben llevar a cabo de una casa para prevenir incendios y quemaduras. ¿Dónde guardaría los objetos punzantes y cortantes? Enumere 2 medidas básicas para la prevención de golpes en el hogar. Enumere 2 medidas para la prevención de intoxicaciones por medicamentos, venenos y productos de limpieza.	1 2 3 4 5

Conocimientos adquiridos sobre la importancia de participar en un programa de prevención de accidentes domésticos	Cuestionario de evaluación de los resultados (Anexo X), en la última sesión y en la reevaluación del hogar.	¿Cree usted que es importante que personas en su situación participen en un Programa de Prevención de Accidentes domésticos como este?	1 2 3 4 5
Intención de modificar el hogar para prevenir accidentes domésticos.	Cuestionario de evaluación de los resultados (Anexo X), en la última sesión y en la reevaluación del hogar.	¿Cree usted que debería realizar alguna mejora en su hogar que le permita estar más seguro y disminuir así la probabilidad de caídas? ¿Cuáles?	1 2 3 4 5
Disposición de modificar el hogar a fin de evitar accidentes en el hogar.	Cuestionario de evaluación de los resultados (Anexo X), en la última sesión y en la reevaluación del hogar.	¿Considera que es importante la modificación del hogar para prevenir los accidentes que ocurren en el mismo? ¿Por qué?	1 2 3 4 5
Adopción de la conducta de modificar el entorno que rodea a la persona con EA para prevenir accidentes domésticos.	Cuestionario de evaluación de los resultados (Anexo X), en la última sesión y en la reevaluación del hogar.	¿Ha hecho alguna modificación o ha adoptado alguna medida preventiva respecto a los accidentes en el hogar? ¿Cuáles?	1 2 3 4 5

Fuente: Elaboración Propia.

10. ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES EDUCATIVAS.

El Programa de Prevención de Accidentes domésticos constará de 7 sesiones a las que asistirán todas aquellas personas cuidadoras de al menos un paciente con Enfermedad de Alzheimer que hayan consentido participar en dicho programa; previamente seleccionadas desde el centro de salud de Valdepeñas de Jaén. En primer lugar, se realizará una primera sesión individual de valoración y según los resultados de esta sesión se procederá de una forma u otra en las siguientes sesiones; ver el ANEXO X: algoritmo de intervención. Esta primera sesión tiene una duración variable; aunque no debe durar más de dos horas.

El programa se hará teniendo en cuenta el nivel de instrucción de los participantes. Para aquellas personas cuidadoras con un nivel de instrucción bajo se adaptará el contenido de las sesiones grupales y se les impartirán sesiones individuales en su domicilio, donde el equipo de enfermería tratará de adaptar el lenguaje y las explicaciones a la persona y comprobará que se han entendido las explicaciones resumiendo, pidiéndole a la persona que nos repita lo que ha entendido... Para aquellas personas cuidadoras con un nivel de instrucción medio o alto, se impartirán 6 sesiones de forma grupal. Estas se harán de la forma más dinámica posible e intentando motivar a los asistentes a que participen, hagan preguntas y resuelvan sus dudas.

Posteriormente exponemos las diferentes intervenciones educativas que se realizarán en el Programa de Prevención de accidentes domésticos en el año 2018.

SESIÓN 1: Valoración familiar y del hogar.

Destinada a: todas las personas cuidadoras de un enfermo de Alzheimer residentes de la población de Valdepeñas de Jaén y que han consentido participar en el Programa de Prevención de Accidentes Domésticos.

Lugar: en el domicilio donde reside la persona con enfermedad de Alzheimer. Concertaremos, de forma telefónica, una cita con la persona cuidadora en dicha vivienda.

Metodología y desarrollo de la actividad:

Para comenzar, debemos saber que es muy importante llegar a tiempo a la cita; el tiempo de las personas cuidadoras es muy valioso, por lo que no debemos llegar tarde, además de que da mala impresión.

Tras una presentación amable y cálida le explicaremos la persona cuidadora en qué consiste el Programa de Prevención de accidentes domésticos y porqué es importante su participación. Es importante dejar hablar a la persona y hacer una escucha activa; asentir con la cabeza y mantener contacto visual. Luego, comenzaremos con la entrevista clínica en la que debemos recoger distintos tipos de información como pueden ser: datos generales de la familia (genograma, mapa de relaciones…), la composición y estructura de la familia, la etapa del ciclo vital familiar en que se encuentra, salud familiar y agentes estresantes que puedan estar alterándola. Para hacer esta valoración familiar la enferma hará uso del Anexo 9: "Valoración enfermera de la familia. Guía básica". Es posible que muchos de los datos que la guía recoge no sean pertinentes o necesarios para este programa de educación para la salud; la enfermera familiar será la persona que decidirá en qué medida rellenará la guía.

A medida que avanza la entrevista clínica la enfermera deberá ir reconociendo la disposición al cambio que presenta la persona cuidadora; y si es posible, la disposición del resto de familiares que vivan en el domicilio. Esto nos servirá para que, una vez terminada la entrevista clínica, la enfermera proporcione los consejos más apropiados según la etapa de predisposición al cambio en la que se encuentre; esto es lo que se conoce como Modelo Prochaska. Por ejemplo: si la persona está en estado de concienciación; la enfermera deberá educar y dar información sobre el problema a la persona cuidadora (43).

Tras la valoración de la familia y de la disposición al cambio que tiene la persona, la enfermera procederá a hacer una valoración del hogar. Para ello le pediremos a la persona cuidadora que nos enseñe las distintas habitaciones de la vivienda y le iremos haciendo preguntas y anotando su respuesta. Para no olvidar ningún punto del hogar, la enferma familiar hará uso del folleto o guía:" Protección en el hogar para las personas con la enfermedad de Alzheimer" (33).

Después de valorar el hogar, haremos una lista de los puntos peligrosos que presenta el hogar, se los comunicaremos a la persona cuidadora y le explicaremos cómo van a ser las siguientes

sesiones. Como ya hemos dicho con anterioridad, el plan de sesiones siguiente va a depender del nivel de instrucción que presente la persona, el riesgo de accidentes domésticos que presente la familia y su disposición al cambio.

Para finalizar esta sesión, responderemos todas las dudas que presente la persona cuidadora, resumiremos lo más importante, volveremos a repetir cuáles son los puntos peligrosos del hogar y daremos el consejo adecuado de acuerdo con su etapa de disposición al cambio (darle información y educación sobre el problema, hacer un plan de actuación…). Nos despediremos amablemente y concertaremos la próxima cita en caso de que las sesiones siguientes sean individuales; si van a ser grupales se le informará de dónde y cuándo será la primera sesión grupal, le explicaremos qué va a aprender en ellas y le diremos que se lleve un cuaderno y un bolígrafo por si quiere tomar notas. Además, debemos informar sobre las distintas opciones que posee la persona cuidadora a la hora de dejar a su familiar enfermo para acudir a nuestras sesiones grupales (red de apoyo familiar, voluntarios, etc.).

SESIÓN 2: Presentación y Factores de Riesgo.

Esta sesión y todas las siguientes son sesiones grupales que están destinadas a: personas cuidadoras de un enfermo de Alzheimer cuyo hogar presente un riesgo moderado o alto para padecer accidentes domésticos. Estas personas han sido evaluadas y seleccionadas por el equipo de enfermería tras hacer una valoración de los puntos peligrosos del hogar donde reside el paciente de Alzheimer y han consentido participar en el Programa de Prevención de accidentes domésticos. Además, su nivel de instrucción es moderado o alto. Reuniremos como máximo a 15 personas y la duración de las sesiones es de una hora aproximadamente.

El lugar donde se impartirá esta y las siguientes sesiones es sala de exposiciones, charlas y reuniones de la biblioteca pública municipal de Valdepeñas de Jaén; 2ª planta. Hemos de tener la sala preparada formando un círculo con los asientos, como si de un reloj se tratara. “A las 12” colocaremos el asiento de la enfermera que llevará a cabo la sesión y en este lugar hemos de poner la pizarra, pantalla de proyección y los distintos materiales que vallamos a utilizar.

Para aquellas personas cuidadoras que posean un nivel de instrucción bajo se adaptará el contenido educativo de esta y todas las sesiones grupales en sesiones individuales que tendrán lugar o bien en el domicilio la misma o en el consultorio médico.

Metodología y desarrollo de la actividad:

Inicialmente esperaremos a que las personas cuidadoras lleguen a la sala, las saludaremos de forma amable y acogedora y las invitaremos a que se sienten. Para comenzar, en esta primera sesión debemos crear un primer contacto con los participantes y debemos hacerles sentir cómodos e integrados. Posteriormente, cuando ya veamos que han llegado todos o la mayoría, nos presentaremos públicamente de forma cercana y explicaremos de forma clara y sencilla las causas o motivos por los que se ha decidido llevar a cabo el Programa de Prevención de accidentes domésticos. Luego se les explicará porqué han sido invitados a participar en el programa, lo importante que son los accidentes domésticos en las personas con Alzheimer y las ventajas que supondría modificar el hogar en el que vive el paciente incrementando su seguridad.

En segundo lugar, usaremos la técnica de presentación “la pelota preguntona”. El juego consiste en que tiraremos la pelota a un participante, este deberá presentarse y contar cuál fue el último accidente doméstico que ocurrió en su hogar y posteriormente este tirará la pelota a otro participante que deberá hacer lo mismo. La pelota deberá ir pasando hasta que todos los participantes se hallan presentado. El objetivo es abrir una charla que nos será de mucha ayuda pues por un lado podremos anotar el nombre de todos los participantes en una lista que nos servirá para pasar lista; ver cuantos participantes que se habían apuntado han venido y poder compararlo el resto de sesiones y ver si el número de participantes se mantiene o desciende. Por otro lado, el hecho de que cuenten experiencias similares servirá para crear un clima de confianza y empatía entre las distintas personas cuidadoras; esto hará que ellos estén más cómodos y se mejorará la calidad del programa.

Posteriormente, daremos una breve explicación sobre qué son los factores de riesgo y cuáles son los que afectan a los accidentes en el hogar. Dejaremos para el final el factor de riesgo de hogar en sí mismo y a partir de este factor de riesgo explicaremos cómo hemos agrupado los

accidentes en el hogar. Para que la explicación sea más comprensible nos ayudaremos de una pizarra y un rotulador y a medida que vamos explicando los factores de riesgo vamos elaborando un esquema de llaves, flechas, diagrama… Podemos usar el Anexo 1 como ejemplo.

SESIÓN 3: Prevención de Caídas.

Metodología y desarrollo de la actividad:

Comenzaremos la sesión saludando a los participantes. Haremos un recuento mental para ver cuántas personas han venido y lo anotaremos. Cuando todos estén sentados haremos un recuerdo sobre lo que vimos en la sesión anterior (los distintos factores de riesgo y los tipos de accidentes domésticos que vamos a abordar en el programa), luego les comentaremos que en esta sesión vamos a tratar el tema de la prevención de las caídas. Pediremos a algunos participantes que cuenten experiencias familiares previas de caídas: cómo fueron, qué consecuencias tuvo la caída y lo más importante: ¿se podría haber prevenido?, ¿cómo? Haremos que el propio participante analice distintas formas de prevenir las caídas, pediremos a otros participantes que opinen, pregunten y den ideas para prevenir ese ejemplo de caída. Esto se trata de la técnica “grupo de discusión”, en la que la enfermera debe ir orientando al grupo y dando ideas para que los participantes analicen distintas formas de prevenir las caídas; además la enfermera irá anotando en la pizarra las ideas que surjan como: calzado adecuado, buena iluminación, ordenación de los muebles y objetos…

Luego, la enfermera dará una charla sobre cómo prevenir caídas en las distintas habitaciones de la casa apoyada en una presentación PowerPoint en la que habrá muchas imágenes de ejemplos y será comprensible y sencilla. Esta presentación hablará de las consecuencias de las caídas (15), los lugares más frecuentes donde suele haber caídas (38), cómo adaptar el hogar, uso del calzado adecuado y Ayudas técnicas. Para tratar las ayudas técnicas enseñaremos la página web de www.mundoabuelo.com (anexo 3) que pone a disposición de la gente diferentes ayudas que mejoran la seguridad y autonomía de las personas que tienen alguna clase de limitación en sus AVD. En concreto enseñaremos los productos de su zona de Alzheimer, baño y wc.

Tras la charla, haremos un resumen y luego haremos preguntas fáciles de forma aleatoria a algunos participantes, por ejemplo: ¿podrías decirnos una cosa que se pueda poner en el baño y que prevenga las caídas?; también se puede lanzar la pregunta y esperar a que la gente se preste voluntaria a responderla. La finalidad de esto es que al hacerles a ellos mismos analizar el problema y buscarle solución, así la enseñanza se quedará más afianzada.

Para finalizar, les diremos a los participantes que nos planteen sus dudas, les pasaremos el cuestionario de satisfacción (Anexo 13) y nos despediremos recordando cuándo será la próxima sesión.

SESIÓN 4: Prevención de Incendios y Quemaduras

Metodología y desarrollo de la actividad:

Comenzaremos la sesión saludando a los participantes. Haremos un recuento mental para ver cuántas personas han venido y lo anotaremos. Cuando todos estén sentados haremos un recuerdo sobre lo que vimos en las sesiones anteriores (los distintos factores de riesgo y un breve resumen de lo que se vio en la anterior sesión de caídas), luego les comentaremos que en esta sesión vamos a tratar el tema de los incendios y las quemaduras.

En primer lugar, repartiremos unos folletos elaborados por la Fundación Mapfre que dan algunos consejos útiles para la prevención de incendios en el hogar (Anexo 4). De forma aleatoria iremos pidiendo a los participantes que lean cada consejo y lo analizaremos brevemente. Uno de los folletos está dedicado a la familia en general y el otro está dirigido a personas mayores; algunos de los consejos que dan pueden no tener sentido dado que la enfermedad que tratamos conlleva pérdida de memoria y por ejemplo el consejo de no dejar desatendida la cocina no tiene sentido; no obstante, estos consejos debemos transformarlos para que tengan sentido; en este caso les diremos a las cuidadoras que sean ellas quienes cocinen y no dejen desatendida la cocina. Luego, ayudándonos de una pizarra analizaremos los distintos tipos de cocina que existen, básicamente nos centraremos en la cocina de gas y la vitrocerámica. Para cada una haremos 2 columna y analizaremos los pros y contras de cada

una de ellas; el objetivo es que los participantes entiendan que la vitrocerámica es más segura para su hogar. También se darán unos consejos breves sobre el uso de barbacoas en casa.

Tras estudiar los tipos de cocina, analizaremos los tipos de calefacción. Haremos lo mismo que para las cocinas, para cada tipo de calefacción del hogar haremos 2 columnas con las ventajas y desventajas y también se tratarán los tipos de los braseros. Durante este análisis, en el que serán los participantes quienes den las ideas de pros y contras, es necesario que el enfermero/a recuerde el peligro que existe con las calefacciones que implican fuego y el riesgo de intoxicaciones por monóxido de carbono.

A continuación, el profesional de enfermería dará una pequeña charla sobre las quemaduras. Se hablará de qué son, qué tipos hay (térmicas, eléctricas…), y qué hacer si alguien sufre alguna quemadura en casa.

Por último, el enfermero/a dará unos consejos sobre instalaciones eléctricas seguras que irá anotando en la pizarra. Aconsejaremos a las personas cuidadoras que tomen notas de todo lo anterior. Además, se les explicará los distintos sistemas de alerta: detectores de humo (para las familias que no puedan o no quieran cambiar la cocina de gas por una vitrocerámica a pesar de saber que es más segura), servicio de teleasistencia (para que el enfermo pida ayuda en caso de incendio), etc.

Para finalizar, haremos un resumen de la sesión, les diremos a los participantes que nos planteen sus dudas, y nos despediremos recordando cuándo será la próxima sesión.

SESION 5: Prevención de Cortes y Golpes.

Metodología y desarrollo de la actividad:

Comenzaremos la sesión saludando a los participantes. Haremos un recuento mental para ver cuántas personas han venido y lo anotaremos. Cuando todos estén sentados haremos un recuerdo sobre lo que vimos en las sesiones anteriores (los distintos factores de riesgo y un breve resumen de lo que se vio en las anteriores sesiones de caídas y quemaduras e incendios), luego les comentaremos que en esta sesión vamos a tratar el tema de los cortes y golpes.

En primer lugar, trataremos los cortes. En el proyector pondremos una imagen de una casa (cortada por la mitad, así se pueden ver las habitaciones), la del anexo 12. Iremos analizando los distintos objetos punzantes o cortantes que podemos encontrar en las habitaciones de una casa. Después de analizar qué objetos de este tipo podemos encontrar en una habitación examinaremos cómo y dónde deben estar guardados. Por ejemplo, en la cocina: cuchillos y útiles de preparación de alimentos deben estar bajo llave, pequeños electrodomésticos cortantes como batidoras de mano o de vaso que tienen hojas afiladas deben estar guardadas en alacenas poco accesibles (bajo llave o en estantes altos donde no se vean), si poseen triturador de alimentos es aconsejable desmontarlo, etc. El profesional de enfermería hará hincapié en la cocina, garaje o cochera y sótano (que es donde suele haber más objetos punzantes y cortantes). Además, no se debe olvidar tratar el tema de las armas blancas y de fuego.

En segundo lugar, se tratará el tema de los golpes y aplastamientos. El profesional de enfermería dará una breve charla apoyada en un PowerPoint con imágenes que irán apoyando la explicación. En la charla se tratarán consejos como: poner calcomanías en las puertas de vidrio para hacerlas visibles, mantener el orden en el hogar… En sí los golpes muchas veces son consecuencia de las caídas por lo que se recordarán las medidas más importantes para prevenir las caídas (alfombras fijas al suelo o eliminarlas, antideslizantes en escaleras y bañera, buena iluminación…). Después de los consejos y el resumen de las medidas para recordar las caídas se abordará el tema de los animales en casa, que muchas veces provocan los accidentes en personas mayores.

Para finalizar, haremos un resumen de la sesión, les diremos a los participantes que nos planteen sus dudas, y nos despediremos recordando cuándo será la próxima sesión.

SESIÓN 6: Prevención de Intoxicaciones.

Comenzaremos la sesión saludando a los participantes. Haremos un recuento mental para ver cuántas personas han venido y lo anotaremos. Cuando todos estén sentados haremos un recuerdo sobre lo que vimos en las sesiones anteriores (los distintos factores de riesgo y un breve resumen de lo que se vio en las anteriores sesiones de caídas, quemaduras e incendios,

cortes y golpes), luego les comentaremos que en esta sesión vamos a tratar el tema de las intoxicaciones.

En primer lugar, expondremos el vídeo de la "Familia Segura" (anexo 5) sobre las intoxicaciones. A pesar de que va dirigido a niños, nuestra población de riesgo es similar a los niños en cuanto a susceptibilidad a los accidentes domésticos. El vídeo da unas nociones simples sobre las intoxicaciones por monóxido de carbono, venenos, medicamentos y alimentos en mal estado. Tras ver el vídeo anotaremos en la pizarra los tipos de intoxicaciones de los que se hablaba en el vídeo y añadiremos las que éste no menciona (por ejemplo, intoxicaciones etílicas o por setas u otros alimentos venenosos). Luego se llevará a cabo un debate dirigido por el profesional de enfermería respecto a este tema. Los participantes darán ideas sobre formas de prevenir todos esos tipos de intoxicaciones y el enfermero/a irá anotando las ideas que surjan e irá aportando ideas y creando nuevas reflexiones a los participantes hasta que se analicen todos los tipos de intoxicaciones y se proponga al menos una forma de prevenirlas.

A continuación, haremos un recuerdo sobre todo lo visto en el programa con una dinámica. Dividiremos a los participantes en grupos de 4-5 y a cada grupo le daremos el Anexo 12 impreso en tamaño A2 y material de dibujo. Les pediremos que, por grupos, escriban en las distintas habitaciones de la casa las medidas que adoptarían para prevenir todos los accidentes que puedan ocurrir en dicha sala. Luego se compararán entre los grupos para que cada grupo vea lo que les ha faltado y el profesional de enfermería recordará lo que se les haya olvidado a todos los grupos.

Por último, pasaremos el cuestionario de satisfacción y el de evaluación de resultados (anexo 13 y 14), daremos las gracias por su participación y nos despediremos del grupo, recordando que próximamente nos volveremos a poner en contacto con ellos para reevaluar el hogar. En esta última sesión de reevaluación, además, se volverá a pasar el cuestionario de evaluación de resultados (anexo 14).

11. BIBLIOGRAFÍA

(1) Naciones Unidas. La situación demográfica en el mundo [Internet]. Nueva York; 2014. [actualizado 22 Sep 2014; citado 23 dic 2016]. Disponible en: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/trends/Concise%20Report%20on%20the%20World%20Population%20Situation%202014/es.pdf.

(2) Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. [Internet]. Estados Unidos de América; 2015. [actualizado 2015; citado 23 Dic 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf.

(3) Ruíz MD, Fernández A, López M, Pérez MC, Gázquez JJ. Análisis de las prestaciones sociosanitarias en los cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer. Eur J investig health psychol educa. 2014;4(Nº2):121-129.

(4) Díaz R. Las personas mayores en España. IMSERSO [Internet]. 2008 [citado 7 Nov 2016]. Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/infppmm2008.pdf.

(5) Abellán A. Informe 2000: las personas mayores en España: datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales; 2000.

(6) Instituto Nacional de Estadística [Internet]. España; [actualizado 2017; cita citado 7 Feb 2017]. Disponible en: http://www.ine.es/.

(7) INE. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) [Internet] España; 2008. [actualizado 24 Sep 2013; citado 23 Dic 2016].

(8) Prieto C, Eimil M, López C, Llanero M. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. FEEN. 2011;1:1-47.

(9) Isidro V, Pérez C, Sánchez-Valladares V, Balbás A, Fernández L. Guía práctica para familiares de enfermos de Alzheimer. España: Pwc; 2011.

(10) Organización Mundial de la Salud. Ayuda para cuidadores de personas con demencia. Suiza: departamento de cambo social y salud mental; 1994.

(11) González M. Manual para el cuidador de paciente con demencia. Recomendaciones para un cuidado de calidad.

(12) Sagués A, García J, Suárez R, Espinosa J, Balbuena E, Ruíz I. Plan Andaluz de Alzheimer 2007-2010. Sevilla: Junta de Andalucía; 2007.

(13) Real Academia Española [Internet]. Diccionario de la Lengua Española. [actualizado 2014; citado 4 Ene 2017]. Disponible en: http://dle.rae.es/?id=0KUeoUu.

(14) Salud OMdl. la Organización Mundial de la Salud: División de Información de la Organización Mundial de la Salud.

(15) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LESIONES: Detección de accidentes domésticos y de ocio 2011. España, 2011 [actualizado 2011; citado 28 Dic 2016]. Disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/consumo/estudios/informe_DADO_2011_2012.pdf.

(16) García FM. El estado de la seguridad en el hogar y el ocio. Seguridad y medio ambiente. 2011(121): 8-20.

(17) Instituto austríaco para la protección y la seguridad [Internet]. PANORAMA GENERAL DE LOS DATOS EUROPEOS SOBRE LESIONES (EN ACCIDENTES DOMÉSTICOS Y DE OCIO). España, 2000 [actualizado 2000; citado 3 Feb 2017]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2000/injury/fp_injury_2000_frep_16_es.pdf.

(18) Fundación Mapfre [Internet]. Estudio de evaluación económica de la accidentabilidad de las personas mayores. España, 2012 [actualizado 2012; citado 28 Dic 2016]. Disponible en: https://www.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/i18n/consulta/registro.cmd?id=140809.

(19) Olavarría L, Borrajo J, Herrera C, Muriel R, González MJ, Gordillo P, et al [Internet]. Plan integral de atención a la accidentabilidad 2007-2012. España, 2007 [actualizado 2007; citado

28 Dic 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_accidentabilidad/plan_accidentabilidad.pdf

(20) Villar F, Banegas J, Álvarez C, Peiró S. Reducir las enfermedades cardiovasculares. La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Informe SESPAS 2000.

(21) Rivera J. Redes familiares en el cuidado del anciano con demencia: análisis evolutivo de un estudio poblacional 2000.

(22) Instituto de Mayores, Servicios Sociales (España). Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles: el entorno familiar. IMSERSO; 2005.

(23) Crespo M, López J. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa" Como mantener su bienestar". IMSERSO; 2006.

(24) Secanilla E, Bonjoch M, Galindo M, Gros L. La atención al cuidador. Una visión interdisciplinaria. European Journal of investigation in health, psychology and education 2015;1(3):105-118.

(25) Carretero S, Garcés J, Ródenas F. La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial. 2006.

(26) Losada A, Márquez-González M, Romero-Moreno R, López J, Fernández-Fernández V, Nogales-González C. Atendiendo a las variadas problemáticas de los cuidadores familiares de personas con demencia: aportaciones de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia de aceptación y compromiso. Clínica y Salud 2015;26(1):41-48.

(27) Badía X, Lara N, Roset M. Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. Atención primaria 2004;34(4):170-177.

(28) Sociedad de Alzheimer de Canadá [Internet]. La enfermedad de Alzheimer: Manual del cuidador. Canadá [citado 28 Dic, 2016]. Disponible en: http://www.snpv.org/contenidos/files/snpv_enlaces/0003.pdf.

(29) Méndez R, Molina E, Tena Dávila M, Yagüe A. Guía para familiares de enfermos de Alzheimer:" querer cuidar, saber hacerlo. Madrid: Ayuntamiento de Madrid 2010.

(30) García TC, Hacha AA. Caídas en el anciano. Medicina general. 2005 (77):582-9.

(31) Moral EG, Suárez-Varela MTM, Esteban JAH, Suanes AMP. Polimedicación y prescripción de fármacos inadecuados en pacientes ancianos inmovilizados que viven en la comunidad. Atención primaria 2006;38(9):476-480.

(32) Prieto C, Eimil M, López C, Llanero M. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. 2011. Madrid: Fundación Española de Enfermedades Neurológicas 2015:1-47.

(33) Instituto Nacional sobre el Envejecimiento (NIH) [Internet]. Protección en el hogar para las personas con enfermedad de Alzheimer. Estados Unidos, 2010 [actualizado 2015; citado 26 Dic 2016]. Disponible en: https://www.nia.nih.gov/espanol/publicaciones/proteccion-hogar-personas-enfermedad-alzheimer.

(34) Junta de Andalucía, Instituto de Cartografía y Estadística de Andalucía [Internet]. Andalucía pueblo a pueblo. [actualizado 2016; citado 16 Feb 2017]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/sima/ficha.htm?mun=23093.

(35) Junta de Andalucía, Instituto de Cartografía y Estadística de Andalucía [Internet]. Censos de Población y viviendas 2011: Población por nivel de estudios completados. España, 2011 [actualizado 2011; citado 10 Abr 2017]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/iea/resultadosConsulta.jsp?CodOper=768&codConsulta=67885.

(36) del Pino Casado R, Riera JRM. Manual para la elaboración y defensa del trabajo fin de Grado en Ciencias de la Salud. 1ed. España: Elsevier; 2015.

(37) Estrada C, Esteban C, Lorente B. Guía para la prevención de accidentes en las personas mayores [Internet]. España, 2008[actualizado 2008; citado 07 Ene 2017]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-

Disposition&blobheadervalue1=filename%3Df238(1).pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352883653020&ssbinary=true.

(38) Instituto Nacional de Consumo [Internet]. Programa de prevención de lesiones: red de detección de accidentes domésticos y de ocio: resultados España 2007. España, 2008 [actualizado 2008; citado 08 Ene 2017]. Disponible en: http://www.msc.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/InformeResumenDado2007.pdf.

(39) New York-Presbyterian Hospital [Internet]. Seguridad y prevención de quemaduras para adultos mayores. España, 2010 [actualizado 2010; citado 10 Abr 2017]. Disponible en: http://www.nyp.org/pdf/burn_center/Burn_Safety_Prevention_Older_Adults_spanishWEB.pdf.

(40) Protección Civil Almagro [Internet]. Prevención de Accidentes Domésticos. España, [citado 10 Abr 2017]. Disponible en: http://www.almagro.es/proteccioncivil/pdf/prevenciondeaccidentesdomesticos.pdf.

(41) Mapfre F. Guía de prevención: riesgos domésticos entre las personas mayores. Profesionales. Edit. Fundación Mapfre. Madrid, España 2010.

(42) European Network for Safety among Elderly (EUNESE) [Internet]. Boletín informativo: Prevención de las intoxicaciones accidentales en las personas de edad avanzada. [Citado 10 Abr 2017]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/intoxicaciones.pdf.

(43) Salabert JD. El modelo de los estadios de cambio en la recuperación de las conductas adictivas. Escritos de psicología 2001(5):21-35.

(44) CanStock Photo [Internet]. Vector - casa, corte. [actualizado 2012; citado 11 Abr 2017]. Disponible en: http://www.canstockphoto.es/casa-corte-9649746.html.

(45) Hinojosa LMM, Moreno JAP. Manual práctico para el diseño de la escala Likert. 2006.

(46) Lima J, Lima M. Valoración enfermera de la familia: Guía básica. España, 2012 [actualizado 2012; citado 03 Abr 2017]. Disponible en: https://rodas5.us.es/items/e15d054f-757a-3d84-0345-64a4e1d00969/1/viewscorm.jsp.

(47) Muñoz R. Diseño de un programa de prevención de caídas en personas mayores en atención primaria de salud mediante fisioterapia comunitaria [TFG]. Universidad de Jaén. Facultad de Ciencias de la Salud; 2015.

12. ANEXOS

Anexo 1: Factores de Riesgo de los accidentes domésticos

Anexo 2: Vídeo explicativo de PROSEGUR con 8 consejos básicos para mejorar la seguridad del hogar en el que residen personas mayores. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=rV1xWR2Rn-c-.

Anexo 3: Página web donde comprar ayudas técnicas: http://www.mundoabuelo.com/index.php

Anexo 4: Folletos de la Fundación Mapfre sobre consejos para prevenir incendios y quemaduras en el hogar. Disponible en: https://www.fundacionmapfre.org/fundacion/es_es/images/tripticos-consejos-sobre-prevencion-incendios-hogar_tcm1069-211540.pdf y https://www.fundacionmapfre.org/fundacion/es_es/images/tripticos-consejos-sobre-prevencion-incendios-hogar-para-nuestros-mayores_tcm1069-211541.pdf.

Anexo 5: Vídeo demostrativo sobre las intoxicaciones de “La Familia Segura”. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=BMKrfY236Q4.

Anexo 6: Carta de invitación al programa.

Anexo 7: Cartel del programa.

Anexo 8: Folleto de captación al programa.

Anexo 9: Guía de valoración familiar. Disponible en: https://rodas5.us.es/items/e15d054f-757a-3d84-0345-64a4e1d00969/1/viewscorm.jsp.

Anexo 10: Guía "Protección en el hogar para las personas con enfermedad de Alzheimer". Disponible en: https://www.nia.nih.gov/espanol/publicaciones/proteccion-hogar-personas-enfermedad-alzheimer..

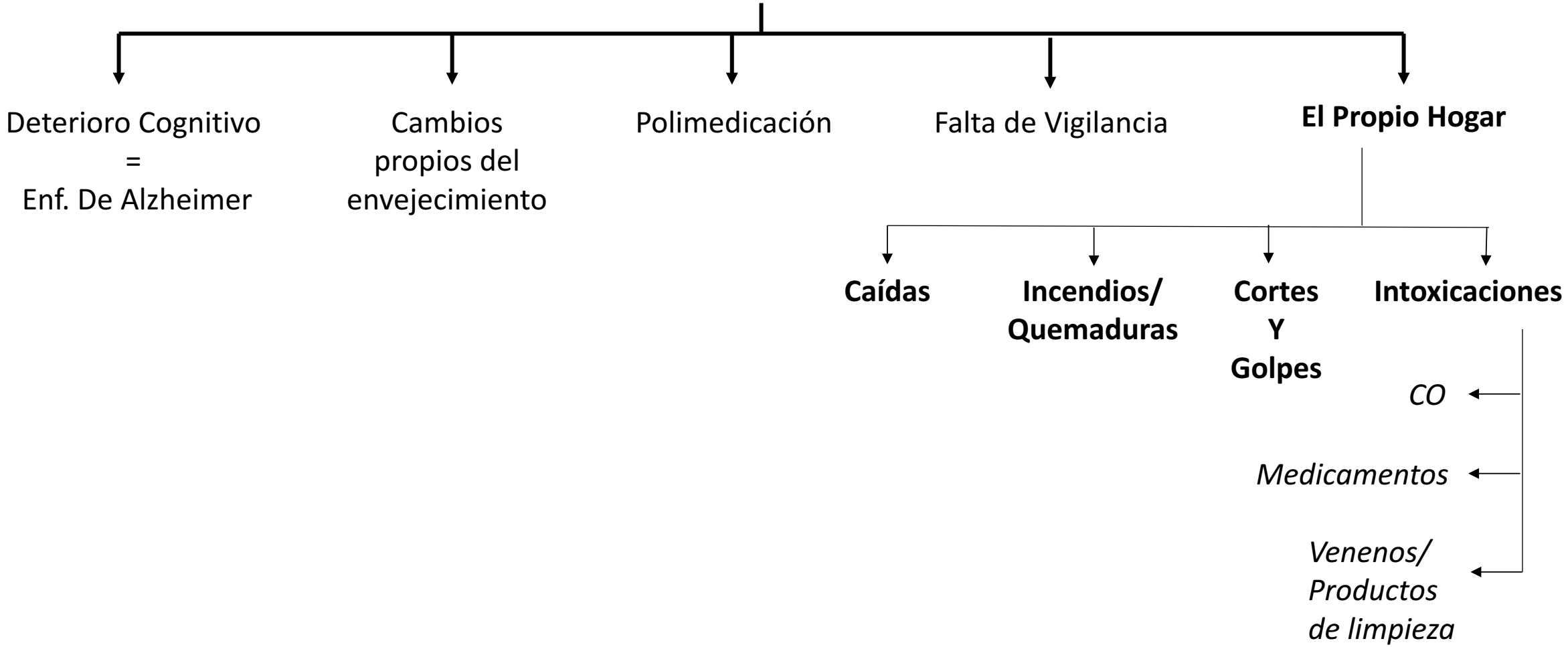
Anexo 11: Algoritmo de Intervención.

Anexo 12: Imagen de una casa por dentro. Disponible en: http://www.canstockphoto.es/casa-corte-9649746.html.

Anexo 13: Cuestionario de Satisfacción.

Anexo 14: Cuestionario de evaluación de los Resultados.

Factores de Riesgo de los Accidentes domésticos.



JUNTA DE ANDALUCIA

Programa de Prevención de Accidentes domésticos en Personas con Enfermedad de Alzheimer

¿ESTÁS SEGURA?

3 de febrero de 2017
Nombre Destinatario/a
Calle, nº
CP: 23150,Valdepeñas de Jaén, Jaén.

Buenos días:

Nos gustaría informarle de que próximamente se realizará en Valdepeñas de Jaén un Programa de Salud dirigido a prevenir accidentes domésticos en personas con enfermedad de Alzheimer. Ya que usted es cuidador/a de un enfermo de este tipo, el equipo de enfermería de su localidad ha considerado que sería muy beneficioso para su familia que participara en nuestro programa pues si usted modifica el hogar y mejora la seguridad de éste usted vivirá con más tranquilidad y su familiar podrá tener más autonomía.

Algunos contenidos del programa que le pueden ser de interés son: un estudio de su hogar que realizará su enfermero de familia y le dirá los puntos peligrosos que debería modificar para mejorar la seguridad de su hogar; qué medidas adoptar para prevenir las caídas, golpes, cortes y quemaduras…

Si está interesado y desea apuntarse al programa acuda al centro de salud de Valdepeñas de Jaén y dígale al administrativo/a que le anote en la lista de participantes, también puede hacerlo llamando al número de teléfono 953311101.

Atentamente,

Su enfermero/a de familia.

Equipo de Enfermería del Consultorio médico de Valdepeñas de Jaén.

JUNTA DE ANDALUCIA

Programa de Prevención de Accidentes domésticos en personas con Enfermedad de Alzheimer

¿Estás Segura?

Si eres cuidador o cuidadora de una persona con Alzheimer y te da miedo que se caiga, que se corte, que se tome algún tóxico o que provoque un incendio: **¡ESTE ES TU PROGRAMA!**

Puede apuntarse llamando al teléfono 953 311 101 o acudiendo al consultorio y anotándose en la lista de participantes que le facilitará el personal administrativo.

NO OLVIDES QUE SU SEGURIDAD ES LA TUYA

Si eres cuidador o cuidadora de una persona con Alzheimer y te da miedo que se caiga, que se corte, que se tome algún tóxico o que provoque un incendio:

¡ESTE ES TU PROGRAMA!

¿CÓMO PARTICIPAR?

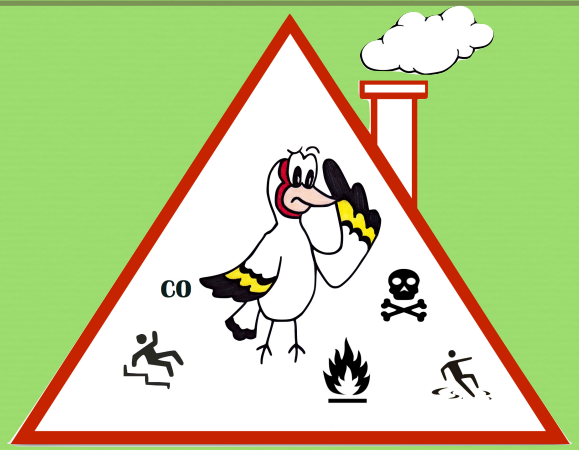
Puede apuntarse llamando al teléfono 953 311 101 o acudiendo al consultorio y anotándose en la lista de participantes que le facilitará el personal administrativo.

CONSULTORIO DE VALDEPEÑAS DE JAÉN

Calle Ladera 12, 23150 Jaén

953311101

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DOMÉSTICOS EN PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER



Colaboran: La Junta de Andalucía y la Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer de Jaén: La Estrella.

NO OLVIDES QUE SU SEGURIDAD ES LA TUYA

Sabemos que teme que su familiar con Enfermedad de Alzheimer provoque un incendio en casa. Sabemos que le da miedo que se levante por la noche y sufra un accidente mientras usted duerme. Sabemos que vive intranquila, siempre pendiente y en alerta. Por todos estos motivos le invitamos a participar en el programa. Le enseñaremos qué aspectos de su hogar debería modificar para que su familiar enfermo esté más seguro y usted viva sin miedo.

¿ESTÁS SEGURA?

El equipo de enfermería de Valdepeñas de Jaén le invita a participar en el próximo programa de educación para la salud, que es totalmente gratuito. En él usted aprenderá qué elementos de su hogar debe modificar y así hacerlo más seguro para su familiar con Enfermedad de Alzheimer. Algunos contenidos educativos son:

VALORACIÓN DEL HOGAR:

Un miembro del equipo de enfermería del consultorio concertará una cita con usted en el domicilio donde reside habitualmente el enfermo. Junto con usted, hará una valoración detallada de la vivienda para ver qué puntos peligrosos ponen en riesgo la seguridad de su familiar.

SESIONES EDUCATIVAS:

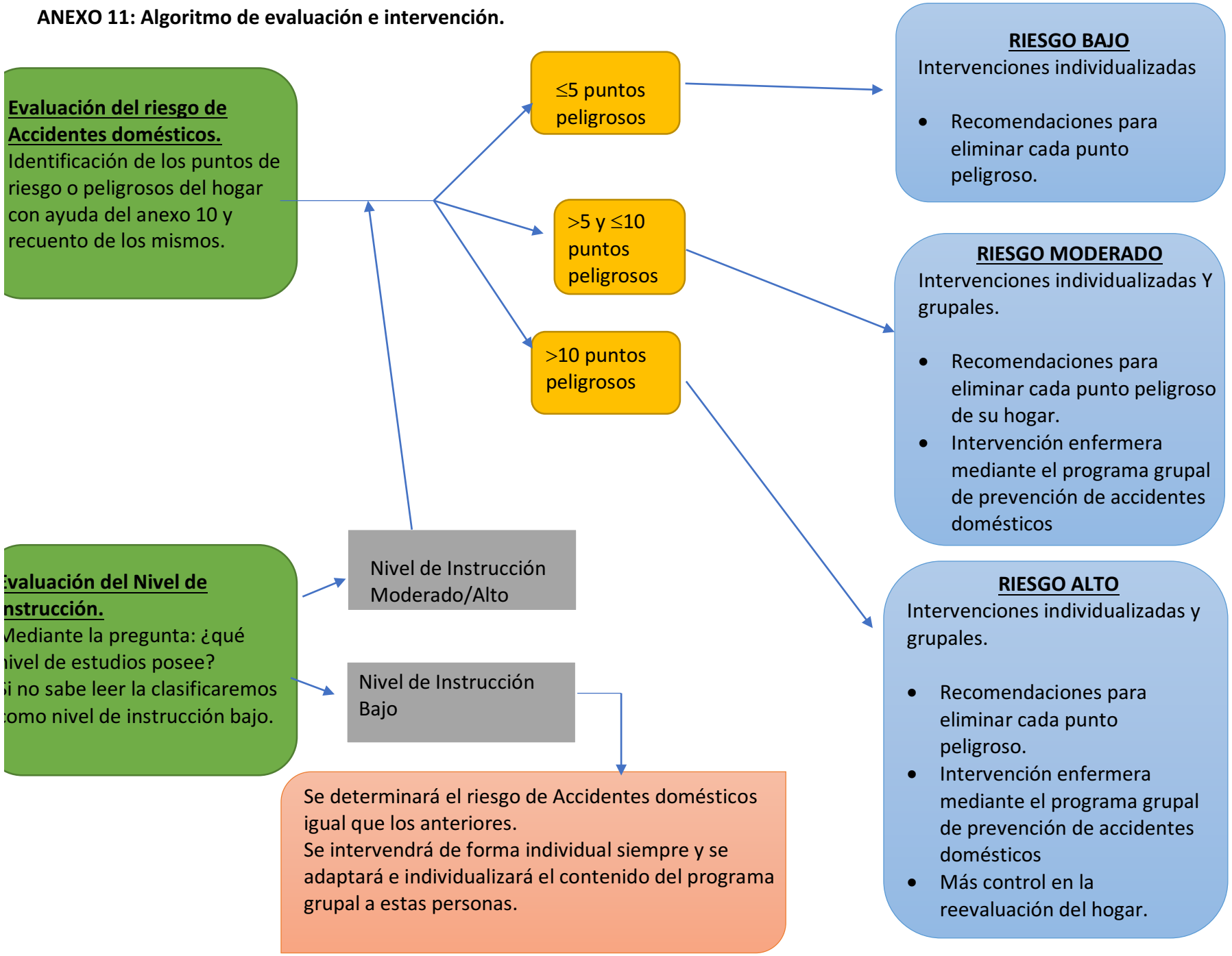
Se le enseñará cómo prevenir las caídas, los incendios, los golpes y aplastamientos, los cortes y las intoxicaciones por alimentos, medicamentos, venenos y productos de limpieza.

REVALORACIÓN DEL HOGAR:

Pasado un tiempo, el enfermero/a se volverá a poner en contacto con usted para volver a pasarse por su casa y evaluar de nuevo la seguridad de la mima. Podrán plantearle dudas nuevas que le hayan surgido pasado el tiempo. No olvide que estamos para ayudarle.

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 11: Algoritmo de evaluación e intervención.



Anexo 13
Cuestionario de Satisfacción.

Instrucciones: este cuestionario es anónimo por lo que no debe poner su nombre en ningún lugar. En la siguiente tabla hay una serie de afirmaciones sobre el Programa de Prevención de Accidentes al que está acudiendo, indique su grado de satisfacción acerca de cada afirmación: si está totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo o totalmente de acuerdo.

Este cuestionario se hace con la intención de mejorar el servicio prestado, conteste de forma sincera. Muchas gracias por su colaboración.

	Totalmente en desacuerdo	**En desacuerdo**	**Ni de acuerdo ni en desacuerdo**	**De acuerdo**	**Totalmente de acuerdo**
El/la enfermero/a ha sido comprensivo en todo momento…					
El/la enfermero/a ha mantenido un lenguaje claro y sencillo durante el desarrollo de la sesión…					
La sesión ha sido muy entretenida, el tiempo se ha pasado volando…					
El/la enfermero/a ha favorecido la cooperación y participación de los asistentes…					
El/la enfermero/a ha conseguido motivarle…					

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
El/la enfermero/a ha conseguido motivarle…					
Los materiales utilizados (folletos, diapositivas, vídeos…) han servido de ayuda para comprender mejor la explicación…					
Los materiales usados (folletos, diapositivas, vídeos…) eran adecuados (se veían o escuchaban bien, estaban bien escritos…) …					
Se ha encontrado cómodo/a dentro del grupo…					
El tiempo que han durado las sesiones era adecuado…					
Los métodos de enseñanza (técnicas de presentación, presentaciones, charlas…) le han parecido útiles…					
Si usted tuviera que poner una puntuación al programa le daría… (siendo totalmente en desacuerdo un 1 y totalmente de acuerdo un 5).					

Fuente: Elaboración Propia.

Anexo 14.
Cuestionario de Evaluación de los Resultados.

Nombre y Apellidos: _____

Instrucciones: conteste a las siguientes preguntas de forma razonada.

1. Enumere al menos 3 factores de riesgo que influyan en los accidentes domésticos.
   -
   -
   -

2. Enumere al menos 5 puntos peligrosos o de riesgo en el hogar.
   -
   -
   -
   -
   -

3. Enumere 3 formas de prevenir caídas modificando el entorno.
   -
   -
   -

4. Enumere 3 medidas que se deben llevar a cabo de una casa para prevenir incendios y quemaduras.
   -
   -
   -

5. ¿Dónde guardaría los objetos punzantes y cortantes?

6. Enumere 2 medidas básicas para la prevención de golpes en el hogar.
   -
   -
7. Enumere 2 medidas para la prevención de intoxicaciones por medicamentos, venenos y productos de limpieza.
   -
   -

8. ¿Cree usted que es importante que personas en su situación participen en un Programa de Prevención de Accidentes domésticos como este?

9. ¿Cree usted que debería realizar alguna mejora en su hogar que le permita estar más seguro y disminuir así la probabilidad de caídas? ___ ¿Cuáles?
   -
   -
   -
   -

10. ¿Considera que es importante la modificación del hogar para prevenir los accidentes que ocurren en el mismo? ¿Por qué?

11. ¿Ha hecho alguna modificación o ha adoptado alguna medida preventiva respecto a los accidentes en el hogar? ___ ¿Cuáles?
    -
    -
    -
    -