



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

Facultad de Ciencias de la Educación
TRABAJO FIN DE GRADO
GRADUADO EN EDUCACIÓN SOCIAL

LA VOZ DE LA EXPERIENCIA



Realizado por:

Laura López Gago

Tutorizado por:

Rafael Galante Guille

Facultad de Ciencias de la Educación

Curso, 2017 -18

LA VOZ DE LA EXPERIENCIA

RESUMEN

En este proyecto de investigación se ha analizado el nivel de conocimiento, que tienen los/as familiares que dan asistencia a la persona con Alzheimer, sobre dicha enfermedad. Para ello, se ha pasado una serie de cuestionarios a una muestra de 25 personas, mediante la que se ha recabado información acerca del perfil predominante como cuidador/a no profesional. A su vez, se ha detectado una serie necesidades en base al tratamiento de la enfermedad, como es el caso de la ignorancia de técnicas para ralentizar la evolución del Alzheimer y la aparición de graves problemas de salud en el/la cuidador/a (estrés, agotamiento, síntomas depresivos, etc.). Por lo tanto, en este estudio se puede observar los factores que influyen en el cuidado de la persona enferma de Alzheimer, dando a conocer la diferencia existente entre lo que se pensaba acerca del cuidado de estas personas y lo que acontece en realidad, siendo todo esto muy útil para ver el nivel de desconocimiento que presenta la sociedad sobre dicha enfermedad. Gracias toda esta información se podrán buscar las soluciones más acertadas para conseguir una mejora en la calidad de vida, tanto de la persona afectada por Alzheimer como del o de la familiar que se encarga de dicho cuidado.

PALABRAS CLAVE: Alzheimer, demencia, enfermedad, familiar, cuidadores/as, cuidado.

**DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD DEL
TRABAJO FIN DE GRADO**

D. / Dña. Laura López Gago

Con DNI/Pasaporte 25346757-K

Alumno/a de la Titulación de Educación Social de la Facultad de Ciencias de la Educación, de la Universidad de Málaga.

DECLARO

Ser autor/a del texto entregado y que no ha sido presentado con anterioridad, ni total ni parcialmente, para superar materias previamente cursadas en esta u otras titulaciones de la Universidad de Málaga o cualquier otra institución de educación superior u otro tipo de fin.

Así mismo, declaro no haber trasgredido ninguna norma universitaria con respecto al plagio ni a las leyes establecidas que protegen la propiedad intelectual, así como que las fuentes utilizadas han sido citadas adecuadamente.

Por último, declaro que soy conocedor de las sanciones penales en caso de infringir las leyes del plagio y de falsa declaración, y que firmo la presente con pleno uso de mis facultades y asumiendo todas las responsabilidades de ella derivada.

Firma



En Málaga, a 20 de Junio de 2018

ÍNDICE

1. REVISIÓN TEÓRICA.....	1
1.1. La Importancia del Papel de la Familia en el Cuidado de la Persona con Alzheimer.....	5
2. OBJETIVOS.....	8
3. HIPÓTESIS DEL ESTUDIO.....	9
4. METODOLOGÍA.....	10
4.1. Muestra.....	10
4.2. Instrumento.....	10
4.3. Procedimiento.....	14
5. RESULTADOS.....	15
6. DISCUSIÓN.....	24
7. CONCLUSIONES.....	27
8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	29
9. REFLEXIÓN SOBRE EL PROCESO DE APRENDIZAJE EN EL GRADO..	32
ANEXOS.....	36

1. REVISIÓN TEÓRICA.

En un primer momento, para abordar el tema que nos concierne, es de gran importancia esclarecer y hacer una diferenciación entre los términos Demencia y Alzheimer, puesto que al tener relación se puede llegar a confundir su verdadero significado. Es importante conocer muy bien la desigualdad existente entre dichos términos para hacer un uso adecuado de estas palabras.

En 2017, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el término Demencia como un síndrome que origina la pérdida global y/o el deterioro de las funciones cognitivas. Es por ello que no se puede decir que es una enfermedad específica, sino una serie de síntomas producidos por varios trastornos causados, a su vez, por diversas enfermedades y/o lesiones que afectan al cerebro, generando todo esto cambios en la conducta de la persona afectada, tanto en su relación social como laboral.

La característica principal de la demencia es la disminución o pérdida de la memoria reciente y retrógrada junto a otros déficits como, por ejemplo, el habla, la escritura, la orientación, la capacidad de aprendizaje, entre otros. La única área del cerebro que no se ve afectada es la conciencia, lo que provoca que la persona afectada tenga conocimiento sobre sus actos y su propio estado.

Según Bermejo & Nuevo (2018), la demencia afecta al 2% de las personas a partir de los 65-70 años, y al 20% de los mayores de 80 años. Diagnosticarla en estadios avanzados es relativamente fácil, pero en su inicio los síntomas pasan desapercibidos, ya que en varias ocasiones se puede llegar a pensar que son cambios atribuidos a la edad de la persona.

Ambos autores mencionan la existencia de diferentes tipos de demencia, destacando a su vez las más presentes hasta el momento:

- Demencia vascular.
- Demencia multi-infarto.
- Demencia por cuerpo de Lewy.
- Enfermedad de Parkinson.
- Enfermedad de Binswanger.

- Enfermedad de Pick o Demencia fronto-temporal.
- Por último, la Enfermedad de Alzheimer, que es la demencia más frecuente seguida de la vascular, anteriormente nombrada.

El tema de investigación se basará en conocer mejor este último tipo de demencia, la Enfermedad de Alzheimer, haciendo mayor hincapié en los cuidados que recibe la persona afectada de su propia familia.

La Enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa que va afectando las regiones del cerebro desde la corteza (parte externa) hacia el núcleo (parte interna), provocando en los primeros estadios de la enfermedad la pérdida de las funciones psíquicas y en el estadio más avanzado, van apareciendo trastornos en las funciones físicas. Dicho de otra manera, la Enfermedad de Alzheimer propicia el envejecimiento prematuro del Sistema Nervioso Central, lo que provoca la aparición de alteraciones cognitivas y de trastornos conductuales en la persona.

El Alzheimer suele aparecer a partir de los 65 años, aunque en ocasiones se manifiesta en edades más tempranas. Además, la prevalencia de esta enfermedad es superior en el sexo femenino que en el masculino debido a que las mujeres tienen mayor calidad de vida.

El primer caso de Alzheimer fue identificado en 1901 por el alemán Alois Alzheimer, quién era psiquiatra y neurólogo, el cual registró una serie de síntomas y alteraciones en una paciente de cincuenta años llamada Auguste. En 1906, Alois Alzheimer presentó, en una reunión científica, un trabajo titulado “*Sobre un proceso patológico peculiar grave de la corteza cerebral*” en el que explicaba el caso de Auguste. Primeramente, Alois Alzheimer explicó cómo Auguste mostraba un gran sentimiento de celos frente a su marido, a la vez que manifestaba cambios de memoria repentinos que venían acompañados de desorientación temporal, espacial y personal. Seguidamente, la propia paciente decía que se sentía muy perdida y confundida. También presentaba alucinaciones y cambios de carácter repentinos, demostrando todo esto un gran deterioro cognitivo a causa de la enfermedad. Finalmente, pasados cuatro años, la enfermedad avanzó y empeoró las funciones cognitivas de Auguste, quedando totalmente en estado vegetativo, llevándole así al fallecimiento.

La presentación de la Enfermedad de Alzheimer sigue vigente en la actualidad, aunque fue en 1910 cuando el psiquiatra E. Kraepelin utilizó el término Alzheimer para definirla, en honor a su compañero Alois Alzheimer que fue quien descubrió las conductas de desorden cognitivo asociadas a dicha enfermedad.

Profundizando aún más en el tema, se ha de mencionar que Alzheimer's Association (2016) ha elaborado un listado de señales de advertencia de la Enfermedad de Alzheimer, en el cual se proporciona la información necesaria para detectar si la persona presenta síntomas propios de dicha enfermedad. El listado es el siguiente:

1. Alteración en la memoria que afectan a la vida cotidiana
2. Inconvenientes a la hora de planificar y resolver conflictos.
3. Dificultad para llevar a cabo tareas habituales en el hogar, en el trabajo o en su tiempo libre.
4. Desorientación espacio-temporal.
5. Problemas para comprender imágenes visuales.
6. Aparición de nuevas dificultades a la hora de utilizar palabras, de manera hablada o escrita.
7. Colocación de objetos en diferentes lugares y problemas para recordar dónde se encuentran.
8. Deterioro o pérdida de un buen juicio.
9. Falta de iniciativa para tomar decisiones en el trabajo o en la vida social.
10. Cambios de humor o de personalidad.

Los primeros síntomas de esta enfermedad son pequeñas pérdidas de memoria y con el paso del tiempo esta pérdida se va haciendo cada vez más notoria, afectando a las actividades de la vida diaria y a las diferentes capacidades intelectuales.

Según Piera M. (2017) dependiendo de la etapa en que se encuentre el usuario, la afección en las regiones del cerebro y los síntomas irán variando. Esta doctora expone los diferentes estadios de la enfermedad de Alzheimer, como son:

- *Estadio leve:* tiene una duración aproximada de 2 a 5 años. La persona afectada presenta un deterioro gradual de la memoria, lo que le lleva a olvidar acontecimientos recientes. También, aparecen los primeros síntomas de desorientación espacio-temporal.

Por otro lado, la persona empieza a experimentar cambios emocionales, se encuentra más inquieta y con menos capacidad de concentración, perdiendo a su vez, la iniciativa y el interés por las cosas.

Aunque en esta fase, las personas afectadas presenten un deterioro cognitivo leve, es cierto que las habilidades motoras se encuentran conservadas. Por lo tanto, la persona todavía sigue siendo independiente.

- *Estadio moderado:* esta etapa tiene una duración aproximada de 2 a 10 años. Las personas afectadas son independientes, aunque comienzan a tener dificultades para llevar a cabo ciertas actividades de la vida cotidiana. A medida que pasa el tiempo, los síntomas de la enfermedad van siendo más palpables porque la pérdida de memoria es aún mayor, la orientación espacio-temporal se va agravando y con ello, van apareciendo alteraciones funcionales que le impiden tener plena autonomía.
- *Estadio grave:* esta es la última fase de la enfermedad de Alzheimer, siendo la persona totalmente dependiente debido a que se ven afectadas las funciones cognitivas, por completo, perdiendo así la capacidad de comunicación. A sí mismo, la persona presenta pérdida de la función muscular, quedándose sin movilidad. Por lo tanto, en esta fase la persona se encuentra en estado vegetativo, apareciendo nuevos problemas de salud que le lleva al fallecimiento.

Para concluir este apartado, se ha de mencionar que tras años de investigación y grandes esfuerzos por encontrar la cura de la enfermedad de Alzheimer, todavía no se ha encontrado un tratamiento eficaz para erradicar dicha enfermedad. Sin embargo, se ha comprobado la existencia de técnicas para trabajar las funciones cognitivas, siendo éstas bastante útiles para ralentizar la evolución del Alzheimer.

1.1. La Importancia del Papel de la Familia en el Cuidado de la Persona con Alzheimer.

Actualmente, la sociedad presenta un gran desconocimiento acerca de la enfermedad de Alzheimer, pues solamente sabe que la enfermedad no tiene cura y que va deteriorando la memoria de la persona afectada. Ese conocimiento les lleva a pensar que dicha enfermedad solamente puede ser atendida por profesionales del campo de la salud (Neurólogo/a, Psicólogo/a, Terapeuta Ocupacional, etc.), teniendo todo esto una repercusión negativa tanto en la labor de cuidado de la persona afectada como en su entorno familiar.

En este apartado se va a destacar cómo la unidad familiar juega un papel muy importante en el cuidado de la persona afectada por la enfermedad de Alzheimer, puesto que es la que convive y la que realmente pasa mayor tiempo con la persona enferma. Según Bullock (2004), dependiendo del estadio de la enfermedad en el que se encuentre la persona afectada, la familia dedica entre un 43% y un 80% de su propio tiempo, en cuidar o asistir a la persona. En contraposición a estos porcentajes, hay muy pocas familias que emplean ese tiempo para trabajar las diferentes funciones cognitivas de la persona enferma, ya que ignoran la existencia de los recursos que pueden contribuir a la mejora de la enfermedad y con ello, a la mejora de la calidad de vida. Para erradicar este problema, los diferentes profesionales han de trabajar conjuntamente con la familia y proporcionar las herramientas más adecuadas para el tratamiento de la enfermedad, de manera que se consiga que la enfermedad no avance tan rápido.

En una unidad familiar, donde se encuentra algún/a afectado/a por la enfermedad de Alzheimer, siempre hay un miembro que dedica mayor tiempo o que se responsabiliza más, en el cuidado o la atención de la persona. Existen evidencias de que las tareas de cuidado recaen mayormente en las mujeres, pues en octubre de 2008, el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) realizó un estudio en el que investigó el perfil de la persona cuidadora no profesional, poniéndose de manifiesto cómo predominaba, con un 84%, el sexo femenino frente al masculino. Además de ello, se pudo apreciar otras características acerca de dicho perfil: mujer de mediana edad (53 años), ama de casa, el 53% son hijas y el 12% cónyuges. Sin embargo, este estudio no

es reciente y los porcentajes han podido variar con el tiempo, pero gracias a este proyecto de investigación se podrá comparar los datos, consiguiendo así información acerca de si se ha producido cambios en el perfil de persona cuidadora, o si por el contrario, no ha habido mucha diferencia en todos estos años.

Como se ha podido apreciar, el/la familiar cuidador/a es una figura esencial en el cuidado de la persona afectada porque presta gran parte de su tiempo en dar asistencia, desempeñando doble tarea. Primeramente tiene que detectar las necesidades que presenta la persona y seguidamente, tiene que buscar los recursos más adecuados para llegar a satisfacerlas. Dar atención o cuidar a una persona afectada por la enfermedad de Alzheimer, no es tarea fácil, sobre todo si se desconocen las herramientas más adecuadas. Por todo ello, se ha de tener claro que el/la cuidador/a no profesional presenta necesidades no cubiertas que desembocan en problemas de salud, en dos niveles:

- Nivel físico: según el nivel de dependencia que presente la persona afectada, el/la cuidador/a presentará mayor o menor daño físico, ya que si se desconocen las técnicas de movilidad pueden lesionarse, por ejemplo, al intentar desplazar a la persona o al hacer cambios posturales.
- Nivel emocional: los daños a nivel emocional suelen aparecer con mayor frecuencia en el/la cuidador/a. Estas personas están sometidas a un estrés constante que con el tiempo termina por afectar en la salud y en el bienestar dado que desemboca en problemas de ira, ansiedad e incluso, depresión. La causa de todo esto, es el desconocimiento que estas personas presentan a la hora de gestionar sus propias emociones, provocando así cambios en el estado ánimo.

Todo lo anterior puede resumirse en una sola expresión, “Síndrome de Burnout”. Según Freudenberger (1974) dicha expresión hace referencia a aquellas personas que se sienten desmotivadas y agotadas en el trabajo, debido a que sufren grandes niveles de estrés, fatiga y frustración a consecuencia de no sentirse autorrealizadas o no conseguir el objetivo que realmente se proponen.

En definitiva, los miembros de la familia que están al cuidado de la persona con Alzheimer, necesitan apoyo por parte de profesionales para conocer los recursos y herramientas que le ayuden a cubrir sus carencias y necesidades, para que de esta

manera, los problemas de salud disminuyan o desaparezcan, consiguiendo así una mejora en la calidad de vida de la persona.

Llegados a este punto, es importante exponer porqué el tema de investigación elegido ha sido la enfermedad de Alzheimer, enfocada hacia los cuidados que recibe la persona afectada de sus propios familiares. Se ha elegido dicho tema, tras una observación naturalista en dos contextos diferentes, el primer “escenario” ha sido mi entorno familiar, concretamente con mi abuela como persona afectada por Alzheimer y mi madre cómo principal cuidadora no profesional; el segundo” escenario” o contexto ha sido Vértice Salud, Fundación Juan Cruzado, lugar dónde realicé mis prácticas y en el cual, se ha visto replicada la problemática abordada. Ambas experiencias me han servido para realizar este proyecto de investigación puesto que he observado el gran desconocimiento que los/as cuidadores/as no profesionales (familiares), tienen hacia el tratamiento de esta enfermedad. El principal problema que presentan el/la cuidador/a es que pueden llegar a ignorar los métodos y actividades que existen hoy día para que la evolución de la enfermedad se ralentice, es decir, que no avance tan rápido. Debido a este desconocimiento los familiares pueden llegar a sentirse mal tanto físicamente como psicológicamente, e incluso a no sentirse dueños de sus propios actos, pues todo el mundo sabe lo duro que es tratar con personas que presentan la enfermedad de Alzheimer. Por ello, se ha decidido investigar sobre este tema, con el objetivo de buscar, más adelante, una solución a los problemas que pueden llegar a presentar estos/as cuidadores/as informales.

2. OBJETIVOS.

Este proyecto de investigación tiene como Objetivo General averiguar el nivel de conocimiento, que los familiares al cuidado de personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer, tienen con respecto a dicha enfermedad.

Los Objetivos Específicos que favorecerán la consecución de este objetivo principal o general del estudio, son los siguientes:

- Conseguir información acerca del estado o situación en la que se encuentra la persona afectada por la enfermedad de Alzheimer.
- Conocer la relación de parentesco existente entre el familiar que está al cuidado y la persona afectada por la enfermedad de Alzheimer.
- Saber si el familiar que da asistencia a la persona con Alzheimer recibe ayuda por parte de algún otro miembro de la familia o de una persona externa a la misma.
- Averiguar si el familiar al cuidado de la persona enferma utiliza recursos para trabajar las diferentes funciones cognitivas y estudiar si dichos recursos son los más adecuados.
- Saber las horas que dedica el familiar a atender a la persona enferma de Alzheimer, conociendo a su vez, el tiempo libre del que dispone.
- Identificar si existe la presencia de agotamiento físico o psíquico, o cualquier otro tipo de problema, en el familiar que asiste a la persona afectada por la enfermedad.

3. HIPÓTESIS DEL ESTUDIO.

A continuación se plantean una serie de hipótesis, las cuales serán estudiadas más adelante a partir de la recogida de información y de los datos analizados de los diferentes cuestionarios. El objetivo principal que se quiere alcanzar es el de verificar o rechazar cada una de las hipótesis planteadas, consiguiendo así resultados fiables respecto al tema de estudio.

- El 65% de las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer son independientes, pero necesitan ayuda para realizar ciertas tareas de la vida cotidiana.
- El 80% de los cuidadores son familiares directos, en concreto, son las hijas de las personas que presentan Alzheimer.
- El familiar que esta al cuidado de la persona enferma recibe poca ayuda por parte de los demás familiares.
- El familiar que da asistencia a la persona enferma de Alzheimer, no recibe ayuda por parte de un cuidador profesional.
- El familiar desconoce los métodos y ejercicios existentes para fomentar el desarrollo de las funciones cognitivas de la persona afectada por la enfermedad de Alzheimer.
- El cuidador/a desconoce las técnicas adecuadas de movilización.
- El familiar al cuidado de la persona con Alzheimer dispone de poco tiempo libre para poder satisfacer sus propias necesidades.
- El familiar que cuida de la persona afectada por la enfermedad presenta problemas de salud como la sobrecarga, frustración, agotamiento físico y psíquico, síntomas depresivos, etc.

4. METODOLOGÍA.

En esta investigación, se hecho uso de la metodología de investigación-acción, pues tal y como defiende Kurt Lewis (1944), para llegar a entender el comportamiento de las personas se ha de tener en cuenta los diferentes factores que interfieren en la conducta de dichas personas. Este autor da importancia, tanto a la persona como al entorno, pues sostiene que esa es la única manera para conseguir información veraz acerca de una realidad o situación, ya que entre ellas existe una gran interrelación e interdependencia.

Este proyecto de investigación se basa en la metodología de investigación-acción, pues desde un primer momento se ha prestado total atención a los diferentes factores del entorno que influyen en la conducta de los/as familiares que están al cuidado de la persona con Alzheimer, con el fin de poder empatizar e intentar promover el cambio hacia una mejora de la calidad de vida.

4.1. Muestra.

La muestra del estudio de investigación la forman 25 personas (N=25), de edades comprendidas entre 33 y 78 años, las cuales son cuidadoras de sus familiares enfermos de Alzheimer. Esta muestra ha sido escogida al observar el desconocimiento que pueden llegar a presentar estos/as familiares cuidadores/as hacia dicha asistencia y al percibir, a su vez, cómo estos/as cuidadores/as no profesionales pueden llegar a sufrir graves problemas de salud a consecuencia de ese cuidado.

Esta investigación se ha llevado a cabo en Vértice Salud, Fundación Juan Cruzado.

4.2. Instrumento.

En este proyecto de investigación se ha utilizado la encuesta como técnica de recogida de datos. En concreto, el instrumento para recoger y almacenar información ha sido el cuestionario puesto que es una gran herramienta que sirve para recolectar, cuantificar, analizar e interpretar datos de una amplia población. El cuestionario permite

adquirir información acerca de una realidad, de manera rápida y fiable, puesto que al poder realizarse anónimamente, las personas se sienten con mayor libertad a la hora de responder las preguntas.

El cuestionario utilizado para esta investigación ha sido de preguntas cerradas, mayormente, aunque también ha habido algunas preguntas abiertas para dar la oportunidad de conseguir variantes que pudieron pasar desapercibidas a la hora de elaborar el cuestionario. Gracias a esto último, la recogida de información ha sido más completa y muy útil para dicho estudio de investigación.

Por último, sobre el cuestionario, es importante recalcar que tanto en el ítem 3 como en el 11 del cuestionario, se ha hecho una estratificación de la muestra porque se han seleccionado únicamente las personas de la muestra que han contestado “dependientes” y “cambio de carácter negativo”.

A continuación se puede observar el modelo de cuestionario utilizado en esta investigación:

CUESTIONARIO PARA FAMILIARES AL CUIDADO DE PERSONAS CON ALZHEIMER

La realización del siguiente cuestionario tiene como objetivo conocer la situación de los/as cuidadores/as que se hacen cargo de sus familiares con Alzheimer. Es anónimo, solo se reflejará la edad y el sexo. Es muy importante que responda con toda sinceridad.

EDAD: _____

SEXO: _____

Señale con una cruz la respuesta que consideres correcta:

1. ¿En qué estadio de la enfermedad de Alzheimer se encuentra la persona afectada?

Leve Moderado Grave

2. La persona que presenta Alzheimer es:

Independiente

Independiente, pero necesita ayuda para realizar ciertas tareas de la vida cotidiana.

Dependiente

3. Si el/la enfermo/a es dependiente, ¿usted como cuidador/a utiliza técnicas de movilidad?

Si No No conozco ninguna

4. ¿Qué relación de parentesco tiene usted con la persona afectada?

5. ¿Recibe ayuda de algún otro miembro de la familia, para el cuidado de esa persona que presenta Alzheimer?

Si No A veces

6. ¿Recibe ayuda por parte de una persona externa a la familia (cuidador/a profesional)?

Si No A veces

7. ¿Utiliza algún tipo de recurso para que la enfermedad no avance? Si la respuesta es afirmativa indique cual, y si la respuesta es negativa señale el motivo.

Si, _____

No, _____

8. ¿Cuánto tiempo de ocupación le dedica a su familiar con Alzheimer?

De 1 a 2 horas

De 6 a 8 horas

De 2 a 4 horas

más de 8 horas

De 4 a 6 horas

9. ¿De cuánto tiempo libre dispone usted para satisfacer sus propias necesidades? De 1 a 2 horas De 6 a 8 horas De 2 a 4 horas más de 8 horas De 4 a 6 horas**10. ¿Ha notado algún cambio en su carácter desde que empezó como cuidador/a?** Si, positivo. No Si, negativo: Frustración Agotamiento físico o psíquico Síntomas depresivos Otros: indique cuál _____**11. Si su cambio de carácter ha sido negativo, ¿se dejaría ayudar por algún profesional?** Si No

¡Muchas gracias por su participación!

4.3. Procedimiento.

En esta investigación, el procedimiento seguido para obtener y recabar información acerca de la temática de estudio, ha sido el siguiente:

→ Primera fase: se ha establecido contacto con Vértice Salud, Fundación Juan Cruzado, para adquirir el consentimiento desde dirección y conocer si existe alguna posibilidad de realizar una encuesta a los/as familiares que dan asistencia a la persona con Alzheimer.

→ Segunda fase: la misma entidad se ha puesto en contacto con las familias para comprobar el número de personas que están dispuestas a participar en la investigación.

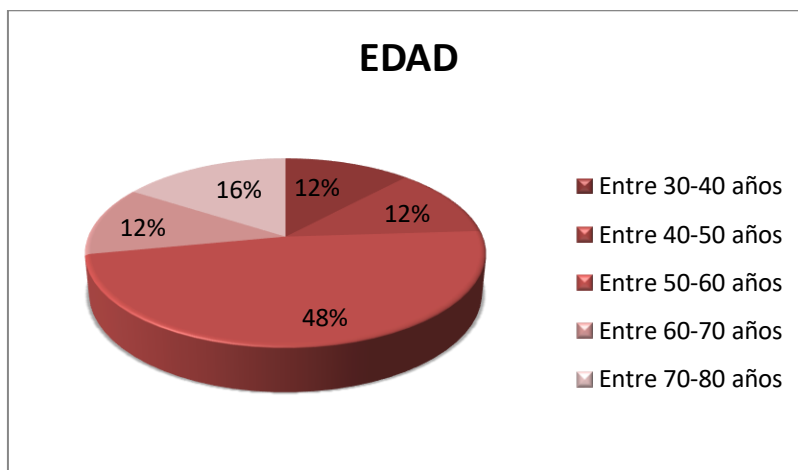
En una de las reuniones mensuales, entre el centro y las familias, se han podido pasar los cuestionarios a los participantes.

→ Tercera fase: se han analizado los datos obtenidos a través del cuestionario, mediante la elaboración de las gráficas correspondientes a cada pregunta. Una vez terminado esto, se ha pasado al apartado de discusión entre resultados e hipótesis planteadas para conseguir verificarlas y/o rechazarlas.

→ Cuarta fase: en ésta última fase se ha concluido con el estudio de investigación. Se han mostrando los aspectos más relevantes del estudio y las dificultades que se han ido encontrado en el proceso.

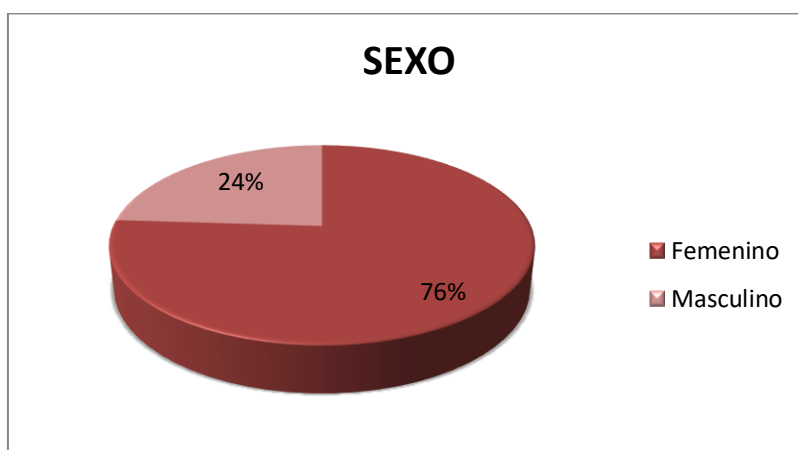
5. RESULTADOS.

A continuación se detallarán los resultados (Anexo I) obtenidos a partir del instrumento utilizado para la investigación.



Gráfica 1. Edad. (Elaboración propia).

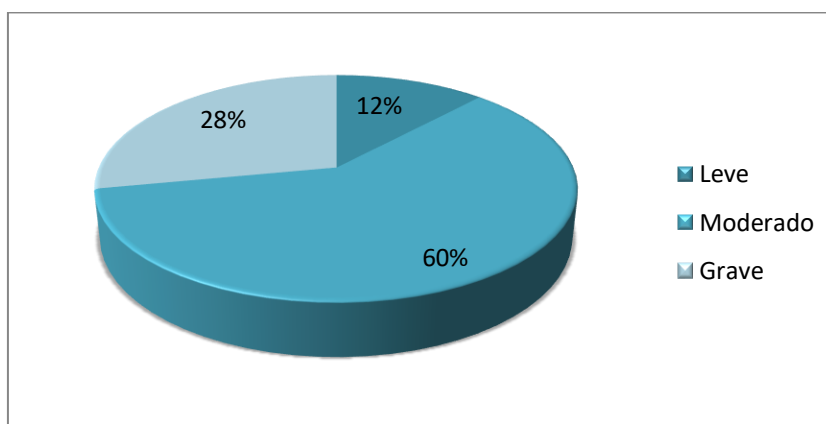
En la gráfica 1 se puede apreciar cómo el rango de edad más común, en aquellas personas que están al cuidado de familiares con Alzheimer, está comprendido entre cincuenta y sesenta años, en una proporción del 48%. Seguidamente, el rango de edad más destacado está comprendido entre setenta y ochenta años (16%).



Gráfica 2. Sexo. (Elaboración propia).

En la gráfica 2 se observa una gran prevalencia del sexo femenino (76%) frente al masculino, cuyo porcentaje es del 24%.

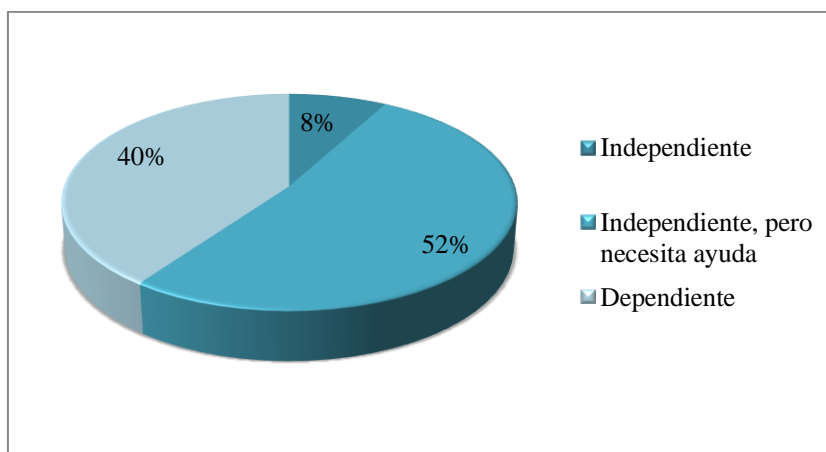
Ítem 1. ¿En qué estadio de la enfermedad de Alzheimer se encuentra la persona afectada?



Gráfica 3. ¿En qué estadio de la enfermedad de Alzheimer se encuentra la persona afectada? (Elaboración propia).

En la gráfica 3 se muestra cómo el estadio principal de Alzheimer, en el que se encuentran la mayoría de personas de la muestra, es el moderado con un 60%, mientras que el menos común es el leve (12%).

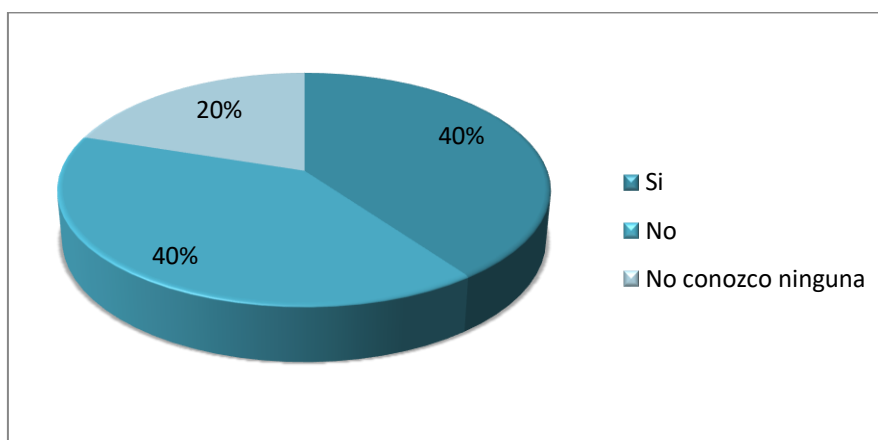
Ítem 2. La persona que presenta Alzheimer es:



Gráfica 4. La persona que presenta Alzheimer es: (Elaboración propia).

Como se puede observar, en la gráfica 4, existe una notable diferencia entre los porcentajes. La mayoría de personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer lo forman aquellas que son independientes, pero que necesitan ayuda, con un 52%. En contraposición, el porcentaje menor está formado por las personas independientes (8%), quedando así un 40% de la muestra como dependientes.

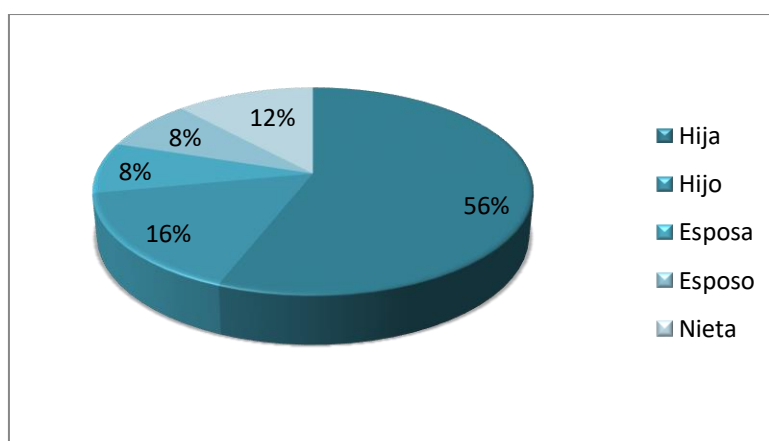
Ítem 3. Si el/la enfermo/a es dependiente, ¿usted como cuidador/a utiliza técnicas de movilidad?



Gráfica 5. Si el/la enfermo/a es dependiente, ¿usted como cuidador/a utiliza técnicas de movilidad? (Elaboración propia).

En la gráfica 5 aparece con un 20% aquellos/as familiares que están al cuidado de las personas afectadas por Alzheimer desconocen las técnicas de movilidad que existen, mientras que el 80% de estos, las conocen, aunque solo la mitad hacen uso de dichas técnicas.

Ítem 4. ¿Qué relación de parentesco tiene usted con la persona afectada?

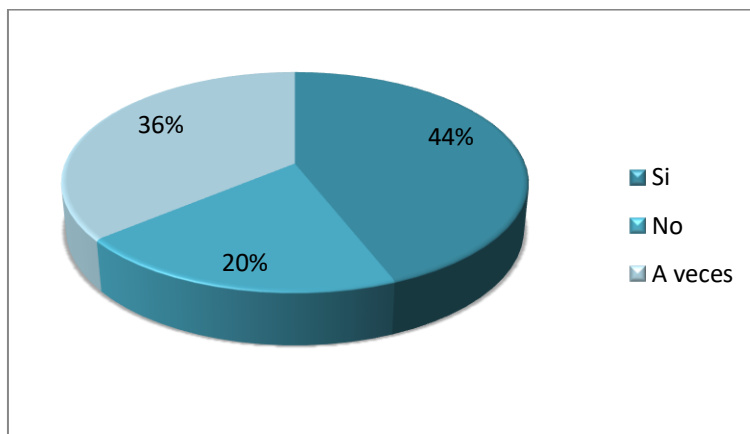


Gráfica 6. ¿Qué relación de parentesco tiene usted con la persona afectada? (Elaboración propia).

En la gráfica 6, el mayor porcentaje de parentesco (56%) en cuidadores/as, son las hijas de las personas que padecen Alzheimer. Seguidamente, se sitúan con un 16% a los

hijos, las nietas con un 12%, quedando los cónyuges (sumatoria de los porcentajes alcanzados en el caso de ser esposo y esposa) en una proporción del 16%.

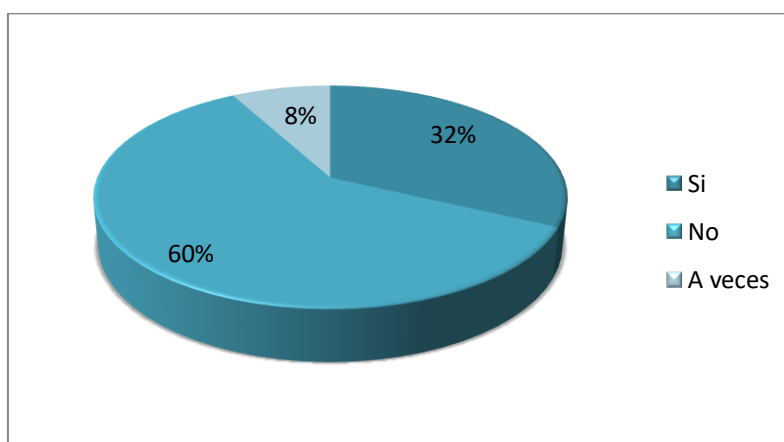
Ítem 5. ¿Recibe ayuda de algún otro miembro de la familia, para el cuidado de esa persona que presenta Alzheimer?



Gráfica 7. ¿Recibe ayuda de algún otro miembro de la familia, para el cuidado de esa persona que presenta Alzheimer? (Elaboración propia).

En la gráfica 7 puede verse cómo el 44% de los/as cuidadores/as de la persona de Alzheimer reciben ayuda por parte de los demás miembros de la familia, mientras que el 20% no. También, es importante señalar que en la muestra de estudio un porcentaje del 36% manifiesta que perciben solo ayuda en ocasiones.

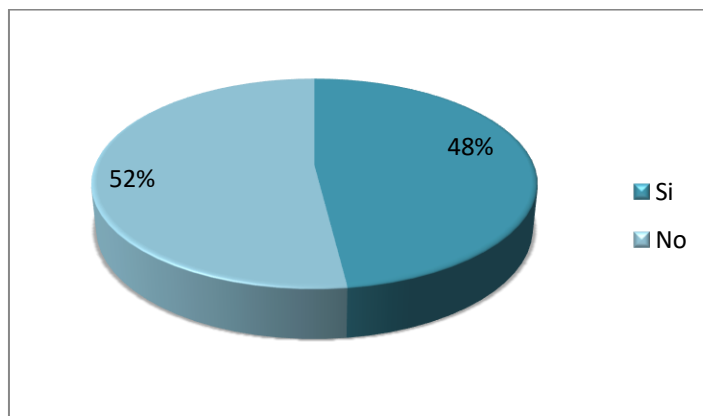
Ítem 6. ¿Recibe ayuda por parte de una persona externa a la familia (cuidador/a profesional)?



Gráfica 8. ¿Recibe ayuda por parte de una persona externa a la familia (cuidador/a profesional)? (Elaboración propia).

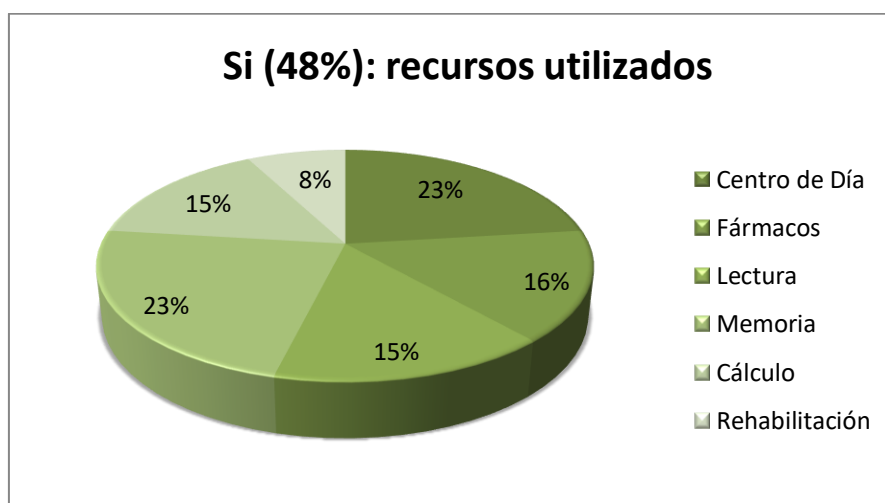
En la gráfica 8 queda de manifiesto que el 60% de las personas al cuidado, no reciben ayudas externas en la asistencia diaria. Tan solo el 32% de los/as encuestados/as afirman recibir dicho recurso personal.

Ítem 7. ¿Utiliza algún tipo de recurso para que la enfermedad no avance?



Gráfica 9. ¿Utiliza algún tipo de recurso para que la enfermedad no avance? (Elaboración propia).

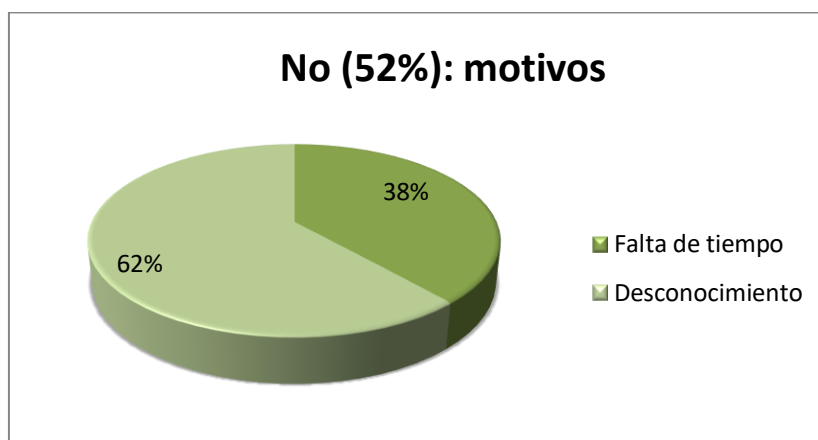
La gráfica 9 explicita que el 52% de los/as cuidadores/as que no recurren al uso de recursos que favorezcan al entretencimiento de la enfermedad.



Gráfica 10. Si (48%): recursos utilizados. (Elaboración propia).

Según la gráfica 10, del 48% de personas cuidadoras que han afirmado utilizar recursos para que la enfermedad de la persona afectada no avance, se pueden establecer los siguientes porcentajes: el 23% hace uso de ejercicios de memoria y de Centros de

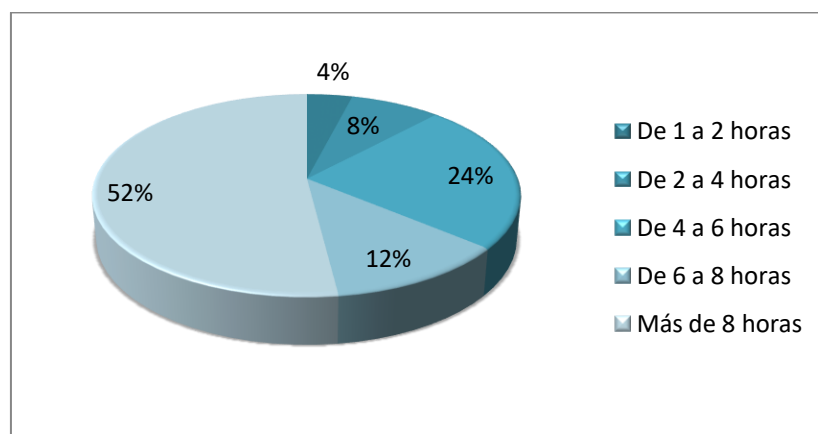
día, el 16% utiliza fármacos, el 15% emplea ejercicios de lectura y de cálculo, y el 8% hace uso de rehabilitación.



Gráfica 11. No (52%): motivos. (Elaboración propia).

En la gráfica 7 se exponen los motivos principales por los que el 25% de los/as cuidadores/as, no hacen uso de recursos. Gran parte ésta muestra (62%) afirma que esto se debe al desconocimiento de recursos, y un 38% manifiestan que no hacen uso de recursos por falta de tiempo.

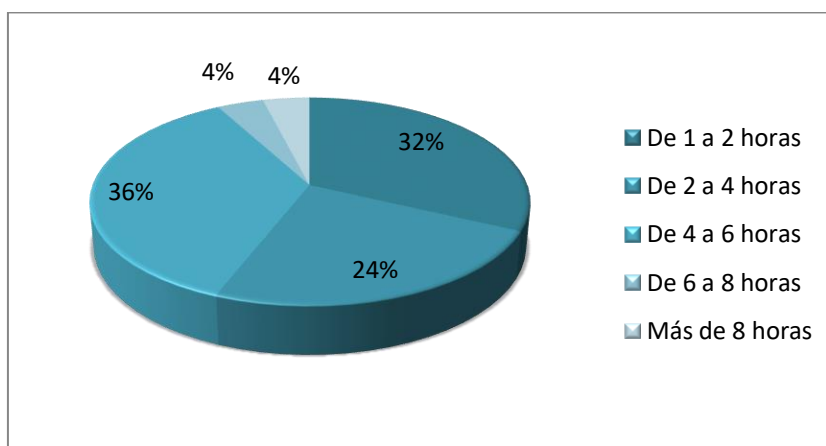
Ítem 8. ¿Cuánto tiempo de ocupación le dedica a su familiar con Alzheimer?



Gráfica 12. ¿Cuánto tiempo de ocupación le dedica a su familiar con Alzheimer? (Elaboración propia).

La gráfica 12 revela que el 52% de los/as familiares dedica más de 8 horas diarias en dar asistencia a la persona afectada por Alzheimer, formando así la mitad de los porcentajes. El 24% de los/as cuidadores/as dedican de 4 a 6 horas diarias, además de poder observarse cómo el 4% solo destinan 1 ó 2 horas diarias.

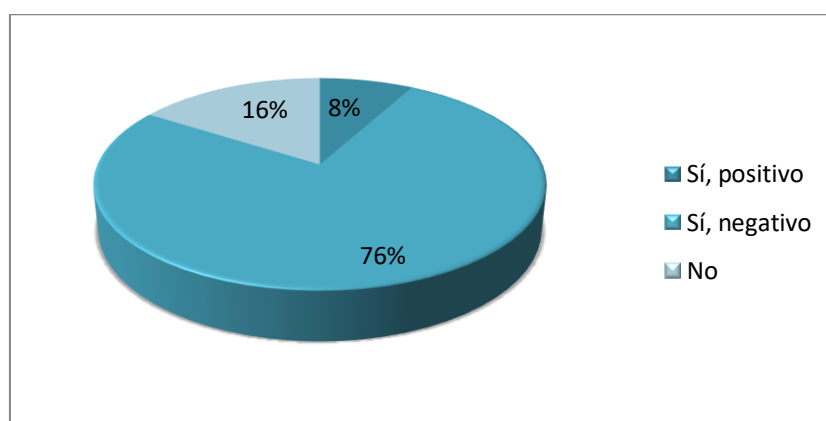
Ítem 9. ¿De cuánto tiempo libre dispone usted para satisfacer sus propias necesidades?



Gráfica 13. ¿De cuánto tiempo libre dispone usted para satisfacer sus propias necesidades? (Elaboración propia).

Según la gráfica 13, el 36% de personas al cuidado dispone de 4 a 6 horas de tiempo libre para ellos, el 24% de 2 a 4 horas y el 31% de 1 a 2 horas, mientras que solo un 4% los familiares cuidadores de las personas de Alzheimer disponen de más de 8 horas de tiempo libre para satisfacer sus necesidades.

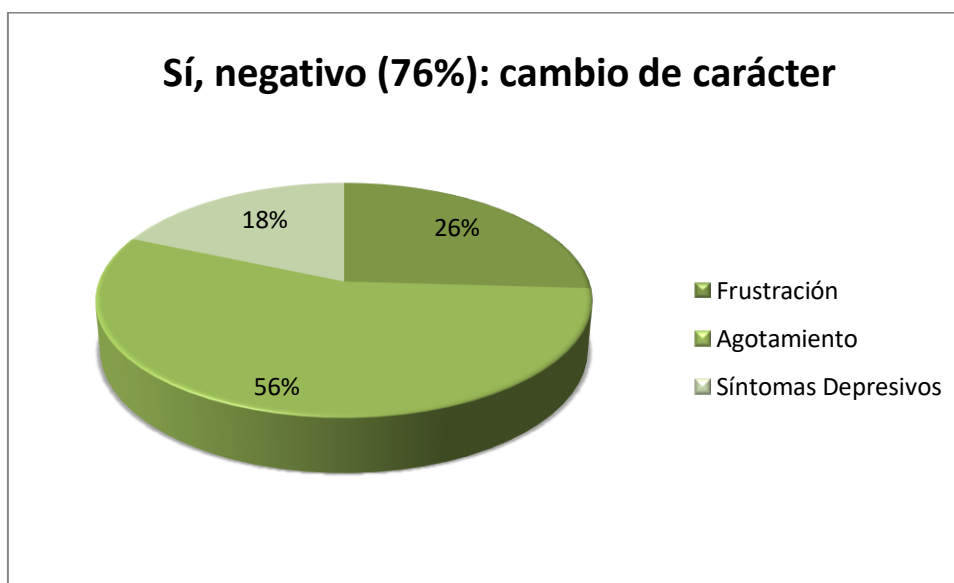
Ítem 10. ¿Ha notado algún cambio en su carácter desde que empezó como cuidador/a?



Gráfica 14. ¿Ha notado algún cambio en su carácter desde que empezó como cuidador/a? (Elaboración propia).

Como puede verse en la gráfica 14, el 76% de los/as cuidadores/as han presentado alteraciones en el estado de ánimo desde que empezó a cuidar de la persona enferma de

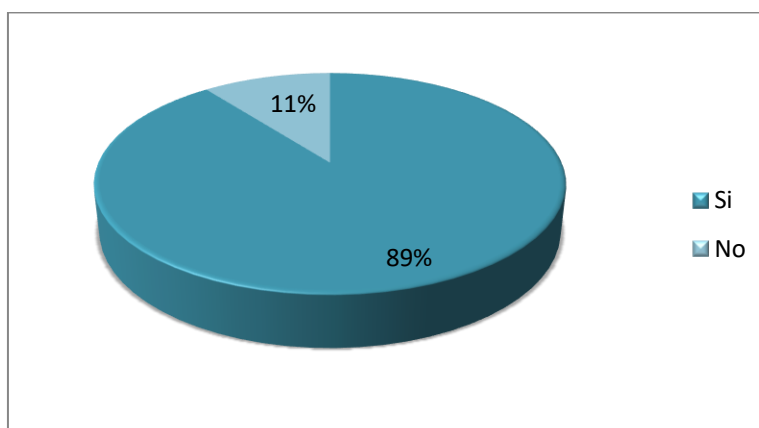
Alzheimer, mientras que solo el 8% de estos/as ha experimentado un cambio positivo ante dicha situación. El resto (16%) no ha experimentado ningún cambio en su estado de ánimo.



Gráfica 15. Si, negativo (76%): cambio de carácter. (Elaboración propia).

En la gráfica 15, el 56% de los/as familiares que dan asistencia a la persona enferma, ha experimentado cambios de carácter negativo como el agotamiento físico o psíquico. También se ha de destacar que el 26% siente frustración y en menor proporción, el 20% presenta síntomas depresivos.

Ítem 11. Si su cambio de carácter ha sido negativo, ¿se dejaría ayudar por algún profesional?



Gráfica 16. Si su cambio de carácter ha sido negativo, ¿se dejaría ayudar por algún profesional? (Elaboración propia).

En la gráfica 16 se divisa una gran diferencia entre aquellos/as cuidadores/as que aceptarían la ayuda de profesionales (89%), ante la aparición de un cambio negativo en el carácter, y entre aquellos/as que rechazarían dicha ayuda (11%).

6. DISCUSIÓN.

En el siguiente apartado se va a hacer un análisis comparativo y detallado entre los resultados obtenidos y las hipótesis preestablecidas. Gracias a la información que ha sido recabada, se podrá ir verificando o rechazando las diferentes probabilidades.

- **El 65% de las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer son independientes, pero necesitan ayuda para realizar ciertas tareas de la vida cotidiana:** esta hipótesis no ha sido confirmada como tal, debido a que el porcentaje obtenido no ha sido exacto, pues los enfermos de Alzheimer que son independientes y que necesitan ayuda para realizar ciertas tareas de la vida cotidiana, está formado por el 52%. No obstante, podría decirse que se ha cumplido parte de la hipótesis porque la mayoría de las personas enfermas están dentro de dicha categoría, aunque el porcentaje no haya coincidido.

Por otro lado, aparecen las personas dependientes con un 40% y las personas independientes con un 8%.

- **El 80% de los cuidadores son familiares directos, en concreto, son las hijas de las personas que presentan Alzheimer:** como se ha puede observar, esta hipótesis no es totalmente cierta puesto que el porcentaje se aleja mucho de la realidad. En los resultados de la investigación se puede comprobar como el 56% de los/as cuidadores/as, son hijas de la persona enferma de Alzheimer. En cierta medida, sí podría decirse que la hipótesis ha sido confirmada, pues, aunque exista una gran diferencia entre el porcentaje de los resultados obtenidos y de la hipótesis, son las hijas las que conforman la mayoría de familiares que están al cuidado de la persona enferma de Alzheimer. Además de ello, existen otros tipos de cuidadores no profesionales, como: el 16% son hijos, el 16% son cónyuges y el 12% son nietas, por lo tanto existe una notable diferencia entre estos últimos porcentajes y el elevado porcentaje de hijas que están al cuidado de las personas enfermas.

- **El familiar que esta al cuidado de la persona enferma recibe poca ayuda por parte de los demás familiares:** como puede observarse en los resultados obtenidos, los/las familiares al cuidado de la persona con Alzheimer, reciben bastante ayuda por parte de los demás familiares. El porcentaje que determina esta información es del 80%, siendo el resto un 20% (no reciben ayuda), lo que indica que esta hipótesis ha sido rechazada totalmente.

- **El familiar que da asistencia a la persona enferma de Alzheimer, no recibe ayuda por parte de un/a cuidador/a profesional:** en los resultados se manifiesta cómo los/as familiares reciben muy poca ayuda por parte de las personas externas a la familia (cuidadores/as profesionales), reflejándose esto con un porcentaje del 60%. Por lo tanto, podría decirse que esta hipótesis ha sido confirmada.

- **El familiar desconoce los métodos y ejercicios existentes para fomentar el desarrollo de las funciones cognitivas de la persona afectada por la enfermedad de Alzheimer:** el 48% de los/as familiares que están al cuidado de las personas enfermas de Alzheimer utilizan diferentes recursos para que la enfermedad no avance, siendo los más destacados, el centro de día y los ejercicios de memoria (23% cada uno de ellos).
El 52% pertenece a aquellos/as cuidadores/as que no hacen uso de recursos, esto se debe al gran desconocimiento existente frente a los recursos que pueden utilizarse (62%). Este último porcentaje muestra que la hipótesis ha sido confirmada.

- **El cuidador/a desconoce las técnicas adecuadas de movilización:** dicha hipótesis ha sido rechazada, ya que solo el 20% de los familiares cuidadores desconocen las técnicas de movilización, siendo el resto (80%) los que sí tienen conocimientos acerca de las mismas, aunque solamente la mitad hagan uso de dichas técnicas.

- **El familiar al cuidado de la persona con Alzheimer dispone de poco tiempo libre para poder satisfacer sus propias necesidades:** en los resultados obtenidos se puede observar cómo el 52% de los/as familiares asisten a la persona con Alzheimer más de ocho diarias, lo que muestra que estos/as cuidadores/as tienen muy poco tiempo libre para satisfacer sus propias necesidades. De esta manera, se puede decir que dicha hipótesis ha sido verificada dado que el 32% dispone de una o dos horas diarias de tiempo libre, el 24% de dos a cuatro horas y el 36% de cuatro a seis horas diarias.

- **El familiar que cuida de la persona afectada por la enfermedad presenta problemas de salud como la sobrecarga, frustración, agotamiento físico y psíquico, síntomas depresivos, etc.:** esta hipótesis ha sido confirmada, pues el 76% de las personas que dan asistencia a los/as enfermos/as de Alzheimer, han experimentado alteraciones en el estado de ánimo, destacando el agotamiento físico y psíquico con un 56%. Junto a este problema de salud, también se puede observar la presencia de frustración (26%) y de síntomas depresivos (18%).

7. CONCLUSIONES.

Como se ha podido observar anteriormente, para la realización de este estudio de investigación se ha escogido una muestra de 25 personas que ha facilitado información acerca del conocimiento que tienen, sobre la enfermedad de Alzheimer, y sobre los cuidados hacia la persona enferma, a través de cuestionarios con preguntas bien detalladas para poder comprobar si las hipótesis eran ciertas o no. Tras analizar las diferentes hipótesis, podría decirse que de un total de ocho hipótesis planteadas, existen seis hipótesis confirmadas, siendo solo dos las que se han rechazado. Esto último manifiesta que la realidad en la que viven estos/as cuidadores/as no se aleja mucho de las creencias que se tenían antes de comenzar dicha investigación. A continuación, se ha de destacar lo más sobresaliente de la investigación, y a la vez aquellos aspectos más dificultosos.

Lo más destacable de este estudio ha sido el gran desconocimiento o ignorancia que presentan los/as cuidadores/as de las personas con Alzheimer, acerca de los recursos y procedimientos que se deben emplear para trabajar las funciones cognitivas de la persona afectada y poder así cubrir sus necesidades, como puede ser: utilización de ejercicios adecuados a cada persona para la memoria, la utilización de materiales de terapia cognitiva que ayuden a obtener un mayor rendimiento neuropsicológico, métodos para incrementar la autonomía personal de los pacientes, etc.

Por otro lado, se resalta el estado anímico de estos familiares, pues llegan a tener cambios en el estado de ánimo, como es el caso de la frustración, el agotamiento físico o psíquico, síntomas depresivos, entre otros. Todo esto provoca que el/la cuidador/a presente graves problemas de salud que ponen en riesgo la estabilidad personal y el equilibrio entre las relaciones familiares y de la persona enferma. Esto último está relacionado con la importancia que presenta la utilización de técnicas de movilidad, debido a que si se hicieran mayor uso de las mismas, la sobrecarga desaparecería y con ello no se vería tan dañada la salud de la persona cuidadora.

Además, después de varios años viendo la gran lucha de la humanidad por la igualdad de género, sigue prevaleciendo el perfil de mujer frente al de los hombres, en el cuidado de las personas que padecen la enfermedad de Alzheimer. Del mismo modo,

en el porcentaje de parentesco sobresalen las hijas, como principales cuidadoras de estas personas.

Si nos centramos en los puntos de la investigación que han sido más difíciles o sobre los obstáculos encontrados en la misma, habría que mencionar que el tiempo que se ha tenido para la realización de la misma ha sido muy escaso y se ha tenido dificultad a la hora de poder realizar los cuestionarios, a un mayor porcentaje de personas. No obstante, los objetivos de esta investigación se han cumplido y existe una gran satisfacción con los resultados del estudio.

Antes de concluir, se ha de comentar que la investigación que se ha llevado a cabo ha sido bastante compleja, pero a la vez válida, ya que se ha podido confirmar las sospechas de que el Alzheimer es una enfermedad muy difícil de tratar, tanto para el enfermo como para el familiar cuidador, pues existen una serie de factores que también influyen a la hora de trabajar con las personas afectadas, como por ejemplo que los/as cuidadores/as no profesionales tienen sus propias vidas y necesitan también tiempo de descanso para satisfacer sus necesidades y no terminar afectados por el “Síndrome de Burnout”. También, para que esto último no ocurra, es necesario que los/as cuidadores/as reciban apoyo por parte de profesionales que les proporcionen las herramientas o técnicas necesarias para facilitar tanto el cuidado de la persona afectada como para conseguir su propio bienestar físico y psicológico.

En definitiva, el cuidado de una persona enferma de Alzheimer no es nada fácil porque requiere de una constante atención y ayuda para satisfacer sus necesidades, es por ello que el/la familiar debe de ser paciente para que dicho cuidado se pueda sobrellevar de la mejor manera posible. Además, no se debe olvidar que la persona enferma tiene sentimientos y que, aunque tenga pérdidas de memoria, el/la cuidador/a debe empatizar con esta porque al fin y al cabo no tienen culpa de ser víctimas de esta enfermedad tan devastadora, llamada Alzheimer.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Alzheimer's Association. (2017). *10 Señales de Advertencia de la Enfermedad de Alzheimer*. Obtenido de https://www.alz.org/national/documents/sp_brochure_10warnsigns.pdf
- Bermejo Rubio, N., & Nuevo González, J. A. (2018). Demencia. *Webconsultas. Revista de Salud y Bienestar*.
- Brescané, R. (4 de Mayo de 2018). *¿Cuántas etapas o fases tiene el Alzheimer y qué características tiene cada una?* Obtenido de Know Alzheimer: <https://knowalzheimers.com/2014/10/30/>
- Carlin, M., & Garcés de los Fayos Ruiz, E. J. (Enero de 2010). *El Síndrome de Burnout: evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo*. Obtenido de Anales de Psicología: http://www.um.es/analesps/v26/v26_1/20-26_1.pdf
- Cerquera Córdoba, A., & Galvis Aparicio, M. (s.f.). *Efectos de cuidar personas con Alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales*. Obtenido de Redalyc.org: <http://www.redalyc.org/html/801/80131179010/>
- Colmenares E., A. M., & Piñedo M., M. L. (Agosto de 2008). *La Investigación Acción. Una herramienta metodológica heurística para la comprensión y transformación de realidades y prácticas socio-educativas*. Obtenido de Redalyc.org: <http://www.redalyc.org/pdf/761/76111892006.pdf>
- Contreras-Pulache, H. (2014). Esbozo de Alois Alzheimer. *Revista Peruana de Epistemología*, 1-5.
- Crespo López, M., & López Martínez, J. (Octubre de 2008). *Cuidadoras y Cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores*. Obtenido de IMSERSO: <http://www.imserso.es/interpresent3/groups/imserso/documents/binario/boletinopm35.pdf>
- Dahm, R. (2010). Descubrimiento de la enfermedad de Alzheimer. En *Mente y Cerebro* (págs. 8-17). Prensa Científica.

- Esandi, N., & Canga, A. (Marzo de 2016). *Enfoque Sistémico Familiar: un marco para la atención profesional en la enfermedad de Alzheimer*. Obtenido de Scielo: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000100006
- Fuentes, P. (2003). Enfermedad de Alzheimer: una nota histórica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*.
- Garcés, M. (Febrero de 2016). *Estudio sobre las Enfermedades Neurodegenerativas en España y su Impacto Económico y Social*. Obtenido de Neuroalianza: <http://neuroalianza.org/wp-content/uploads/Informe-NeuroAlianza-Completo-v-5-optimizado.pdf>
- Jorm, A. F. (1994). *La Epidemiología de la Enfermedad de Alzheimer y Trastornos Afines*. Sg Editores.
- McMurdo, M., & Martínez Saborido, F. J. (2 de Febrero de 2017). *La Tercera Edad. Enfermedad de Alzheimer*. Obtenido de <http://www.netdoctor.es/area-de-salud/tercera-edad/enciclopedia/enfermedad-alzheimer>
- McMurdo, M., Monroy Antón, J. L., & Pertusa Martínez, S. (12 de Febrero de 2017). *La Tercera Edad. Demencia*. Obtenido de <http://www.netdoctor.es/area-de-salud/tercera-edad/enciclopedia/demencias>
- Méndez, L., Giraldo, O., Aguirre-Acevedo, D., & Lopera, F. (Junio de 2010). *Relación entre Ansiedad, Depresión, Estrés y Sobrecarga en Cuidadores Familiares de personas con demencia tipo Alzheimer con mutación E280A en Presenilina 1*. Obtenido de Redalyc.org: <http://www.redalyc.org/html/1793/179314915007/>
- Moreno Moreno, J. A., Arango-Lasprilla, J. C., & Rogers, H. (Diciembre de 2010). *Necesidades Familiares y su Relación con las Características Psicosociales que presentan los Cuidadores de Personas con Demencia*. Obtenido de Redalyc.org: <http://www.redalyc.org/html/213/21319039002/>
- Organización Mundial de la Salud Y Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Demencia: una prioridad de salud pública*. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98377/9789275318256_spa.pdf;jsessionid=E6384A7899D86FCDA06900DFC560747A?sequence=1

Piera, M. (20 de Septiembre de 2017). *Fases Clínicas de la Enfermedad de Alzheimer*.
Obtenido de Medicina21: <https://medicina21.com/Articulos/V34/Fases-clinicas-de-la-enfermedad-de-Alzheimer.html>

9. REFLEXIÓN SOBRE EL PROCESO DE APRENDIZAJE EN EL GRADO.

Antes de comenzar a explicar todo el aprendizaje adquirido durante estos cuatro años, en el Grado de Educación social, me gustaría comentar porqué elegí esta carrera y no otra.

Por un lado, antes de hacer esta carrera estuve haciendo un Grado Superior en Integración Social, que fue donde realmente descubrí mi gran vocación. Esta experiencia marcó mi vida y es la que me ha impulsado a seguir formándome en el ámbito social, en concreto, para ser Educadora Social.

Por otro lado, elegí esta carrera por vocación, ya que siempre he empatizado mucho con las personas y me he interesado por conocer las diferentes problemáticas que estas presentaban, todo ello con la intención de ayudarles y conseguir que se sintieran aliviadas. En resumidas cuentas, soy una persona que no puede con las injusticias porque considero que todas las personas tienen derecho a recibir un trato igualitario basado en el respeto y la humildad, y es por ello que me “nace” el ayudar a los demás. Ofrecer mi ayuda me lleva a sentir una satisfacción muy grande y una paz interior, aún mayor.

Durante estos cuatro años estudiando la carrera de Educación Social, he tenido momentos muy buenos y otros tantos regulares. En un primer momento empecé la carrera muy motivada y con mucha ilusión porque realmente estaba consiguiendo mis metas personales, pero a medida que pasaban los años me fui desmotivando porque veía que había asignaturas que no me aportaban nada, o quizás que el/la profesor/a no se esforzaba por sacar el máximo partido a la enseñanza de su asignatura. Además de ello, la desmotivación iba siendo mayor con aportaciones como que no se reconoce la figura del Educador Social y que lo vamos a tener difícil, por no decir imposible, el hecho de encontrar trabajo. Ante esto quiero decir que hay que ser realista y comentar las ventajas e inconvenientes de estudiar dicha carrera, pero lo que no comparto es que se nos recalcará tantas veces ésta problemática, pues he terminado la carrera preocupada por si encontraré trabajo o no. También, mostrar el gran descontento en las prácticas por realizarlas en centros dónde la figura del Educador Social no estaba presente y

desempeñar competencias vinculadas a otros grados, como por ejemplo Pedagogía. No obstante, siempre he intentado desempeñar mi papel como Educadora Social aunque sin saber si realmente lo estaba haciendo bien porque no tenía ningún profesional de referencia. Con todo ello, me gustaría decir que la universidad debería atender las necesidades que hasta ahora he comentado porque podría conseguirse una gran mejora de la misma y con ello, los/as estudiantes estaríamos más motivados y estaríamos aún más preparados para la inserción en el mundo laboral.

Otra dificultad que he encontrado y que considero como una gran injusticia para los/as estudiantes, es el hecho de que se nos exija tener un nivel de inglés B1, sin que esta formación esté dentro del plan de estudios. No obstante considero que es bastante necesario saber un idioma tan importante como es el inglés, pero no veo bien que sea obligatorio para obtener el título si no está presente en ninguna asignatura de la carrera. Ante esto, soy consciente que la legislación es la causante de esta problemática y creo que estaría muy bien que se renovase el Plan de Estudios para que cuando se finalice la carrera tengamos los conocimientos necesarios acerca de este, u otro idioma, sin necesidad de buscar academias privadas.

Aunque hasta ahora haya recalado las dificultades, debilidades y/o amenazas del Grado de Educación Social, tengo que decir que todo no ha sido malo, pues si algo tengo que destacar es el gran aprendizaje que he hecho tanto a nivel personal como profesional. Primeramente, voy a comenzar hablando de los conocimientos académicos adquiridos a lo largo de la carrera y para finalizar, hablare del aprendizaje a escala personal.

La mayor parte de asignaturas han seguido una metodología participativa que me ha gustado mucho porque pienso que es la mejor manera para aprender, ya que a la vez que compartes tus conocimientos con el resto de las personas y estas aportan los suyos, nos vamos retroalimentando y enriqueciendo las unas de las otras.

Los trabajos grupales me han parecido bastante acertados porque hemos aprendido a trabajar en equipo, a compartir opiniones y respetarlas, a buscar diferentes soluciones y a adquirir conocimientos enriquecedores sobre los diferentes temas de estudio. Además, estos trabajos me han servido para perder un poco el miedo escénico que tengo, pues a la hora de exponer me ponía bastante nerviosa y ahora puedo controlar esos nervios. Este control que ahora tengo hace que me sienta bastante

orgullosa porque he podido romper mis propias barreras y demostrarme a mí misma que puedo conseguir lo que me proponga.

Entre los aprendizajes más significativos, que he ido adquiriendo en las diferentes asignaturas, tengo que destacar los siguientes:

- ✓ Recorrido histórico de los problemas sociales, de las políticas sociales y legislaciones: conocimientos a gran escala de las dificultades que presentan los colectivos más vulnerables, cuya responsabilidad recae tanto en la política del momento como en la sociedad.
- ✓ Acercamiento a los colectivos más vulnerables y/o excluidos, como por ejemplo las personas con diversidad funcional, personas sin hogar, drogodependencia, personas mayores, adolescentes con problemas de conducta, inmigración, etc. conociendo las características más destacables y los factores predominantes que obstaculizan el proceso de inclusión en la sociedad.
- ✓ Diagnóstico de necesidades mediante diferentes metodologías, como por ejemplo, la observación directa e indirecta, realización de entrevistas y cuestionarios, análisis DAFO, etc., además de aprender a analizar y evaluar los resultados obtenidos a través de la elaboración de gráficas que facilitan la lectura de los datos.
- ✓ Elaboración de proyectos de investigación e intervención con el fin de abordar las problemáticas en diferentes contextos y colectivos, teniendo en cuenta todos los factores influyentes y valorando las posibles soluciones más acertadas para cada situación.
- ✓ Adquisición de un nuevo vocabulario, es decir, aprendizaje de una gran variedad de términos sociales que me han sido de gran utilidad para expresarme con propiedad, de manera oral y escrita.
- ✓ Conocimiento de las identidades personales, sociales y culturales en diferentes entornos, favoreciendo esto la toma de conciencia de las diferentes realidades.
- ✓ Aprendizaje de una gran multitud de dinámicas utilizadas para las intervenciones, como por ejemplo, en ocio y tiempo libre. Siendo una herramienta bastante amena, dado que fomenta la participación de las personas y con ello, se adquiere mejor conocimiento.

Además de todo lo anterior, el Grado de Educación Social no solo me ha ayudado a crecer a nivel profesional, sino también a nivel personal. He de agradecer a algunos profesores y profesoras, la gran labor que han hecho durante estos años porque han trabajado muy duro para que todas las personas aprendamos a escucharnos, a profundizar en nuestros pensamientos y sentimientos, pues es lo que realmente me ha ayudado a conocerme y a reconocer mis propias carencias. Respecto a esto último, tengo que decir que he conseguido mejorar aquellos aspectos o actitudes que dificultaban mi aprendizaje y he fomentado la escucha activa, la participación, la paciencia, la búsqueda de soluciones, el pensamiento positivo, etc., todo esto me ha hecho ser mejor persona y mejor profesional, ya que ha forjado mi propia identidad.

Antes de terminar, quiero decir que he conseguido mis propias metas y que me siento muy satisfecha conmigo misma porque me he implicado muchísimo en cada una de las asignaturas y me he enriquecido muchísimo. También quiero decir que como Educadora Social, pienso que la igualdad, el respeto y la humildad son tres de los pilares más importantes para ser un buen profesional porque solo de esta manera la persona podrá coger confianza y hablar abiertamente sobre sus propias preocupaciones. Por todo ello, el/la Educador/a Social debe ser una persona empática que acompañe a la persona en su propio proceso de aprendizaje, siempre y cuando ésta pida ayuda, ofreciéndole las técnicas más acertadas para que puedan cubrir sus necesidades. El/la Educador/a Social deberá hacer un seguimiento de estas personas para ver si la intervención va bien encaminada, y si con ella no se consigue los objetivos propuestos, deberá seguir buscando otras posibles soluciones para promover el cambio y mejorar así la calidad de vida de la persona.

Para concluir este apartado, tengo que decir que el Grado de Educación Social me ha gustado mucho porque me llevo aprendizajes muy valiosos. Espero que en un futuro no muy lejano se empiece a reconocer la figura del Educador Social, pues somos uno de los motores de cambio social más importantes del mundo y merecemos que nos den la oportunidad de conocernos porque hoy en día sigue habiendo muchas personas que necesitan de nuestra ayuda.

ANEXOS

ANEXO I: RESULTADOS DE LOS CUESTIONARIOS

Edad	Resultados
Entre 30-40 años	3
Entre 40-50 años	3
Entre 50-60 años	12
Entre 60-70 años	3
Entre 70-80 años	4

Sexo	Resultados
Femenino	19
Masculino	6

Ítem 1: ¿En qué estadio de la enfermedad de Alzheimer se encuentra la persona afectada?	Resultados
Leve	3
Moderado	15
Grave	7

Ítem 2: La persona que presenta Alzheimer es:	Resultados
Independiente	2
Independiente, pero necesita ayuda	13
Dependiente	10

Ítem 3: Si el/la enfermo/a es dependiente, ¿usted como cuidador/a utiliza técnicas de movilidad?	Resultados
Si	4
No	4
No conozco ninguna	2

Ítem 4: ¿Qué relación de parentesco tiene usted con la persona afectada?	Resultados
Hija	14
Hijo	4
Esposa	2
Esposo	2
Nieta	3

Ítem 5: ¿Recibe ayuda de algún otro miembro de la familia, para el cuidado de esa persona que presenta Alzheimer?	Resultados
Si	11
No	5
A veces	9

Ítem 6: ¿Recibe ayuda por parte de una persona externa a la familia (cuidador/a profesional)?	Resultados
Si	8
No	15
A veces	2

Ítem 7: ¿Utiliza algún tipo de recurso para que la enfermedad no avance?	Resultados
Si	12
No	13

Si (48%): Recursos utilizados	Resultados
Centro de Día	3
Fármacos	2
Lectura	2
Memoria	3
Cálculo	2
Rehabilitación	1

No (52%): Motivos	Resultados
Falta de tiempo	5
Desconocimiento	8

Ítem 8: ¿Cuánto tiempo de ocupación le dedica a su familiar con Alzheimer?	Resultados
De 1 a 2 horas	1
De 2 a 4 horas	2
De 4 a 6 horas	6
De 6 a 8 horas	3
Más de 8 horas	13

Ítem 9: ¿De cuánto tiempo libre dispone usted para satisfacer sus propias necesidades?	Resultados
De 1 a 2 horas	8
De 2 a 4 horas	6
De 4 a 6 horas	9
De 6 a 8 horas	1
Más de 8 horas	1

Ítem 10: ¿Ha notado algún cambio en su carácter desde que empezó como cuidador/a?	Resultados
Sí, positivo	2
Sí, negativo	19
No	4

Sí, negativo: cambio de carácter	Resultados
Frustración	7
Agotamiento	15
Síntomas Depresivos	5

Ítem 11: Si su cambio de carácter ha sido negativo, ¿se dejaría ayudar por algún profesional?	Resultados
Si	17
No	2