

Demar. Herramientas de acompañamiento para cuidadores de adultos mayores con demencia

Aguilar Fergadis, Amérisa

2022-05-17

<https://hdl.handle.net/20.500.11777/5276>

<http://repositorio.iberopuebla.mx/licencia.pdf>



DEMAR

**HERRAMIENTAS DE ACOMPAÑAMIENTO
PARA CUIDADORES DE ADULTOS MAYORES
CON DEMENCIA**





LICENCIATURA EN DISEÑO INDUSTRIAL ÁREA DE SÍNTESIS Y EVALUACIÓN 2

ASESORES:

MIGUEL CASIANO FERNÁNDEZ
DIANA ELIZABETH JUÁREZ ROBLES
SILKA JUÁREZ BRETÓN

AUTORAS:

AMÉRISA AGUILAR FERGADIS
AURORA MIGUEL CASTILLO
DIANA ELIZABETH GONZÁLEZ REYES
ELIZABETH GALINDO DÍAZ
SARA GAELLE PAEZ PERERA

ÍNDICE

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Justificación	5
1.3 Objetivo general	6
1.3.1 Objetivos específicos	6
1.4 Supuesto	7
1.5 Variables	7

CAPÍTULO II: CORPUS TEÓRICO

2.1 Marco conceptual	9
2.1.1 Adultos mayores	9
2.1.2 Demencia	9
2.1.3 Cuidadores	10
2.1.4 Calidad de vida	11
2.2 Antecedente	12
2.2.1 Línea de tiempo	14
2.3 Marco teórico	16
2.4 Postura teórica	19

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de enfoque	21
3.2 Metodología	21
3.3 Método	22
3.4 Instrumento	23
3.5 Técnica	23
3.6 Procedimiento	24
3.7 Propuesta de diseño	24
3.7.1 Aporte de la propuesta	24
3.7.2 Uso	24
3.7.3 Función / Estructura	62
3.7.4 Forma	69
3.7.5 Manufactura	69
3.7.6 Modelo de negocios	70
3.7.7 Ciclo de vida	72
3.7.8 Costos	72
3.7.9 Diseños de servicios	75
3.7.10 Diseño de experiencias	80

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES GENERALES

4.1 Observaciones	84
4.2 Recomendaciones	85



CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN



1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente trabajo tiene como principal objetivo describir el panorama actual en México en relación con las personas que han asumido la responsabilidad del cuidado de un adulto mayor con demencia o alguna de sus variantes. Reflexionar acerca de las consecuencias de una mala preparación para el cuidado de personas con estas características, por la falta de medios de difusión eficientes con información asequible.

Para comenzar, es importante definir un término clave para el desarrollo de este planteamiento: la demencia. Algunas de las características de este padecimiento progresivo en adultos mayores ocasionadas por el deterioro de la función cognitiva, es una afección directa a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje,

el lenguaje, así como el juicio. Sin embargo, este deterioro también implica complicaciones en el comportamiento, control de emociones y la conducta social (Organización Mundial de la Salud, 2020, párr.2).

Las principales causas de la demencia son enfermedades o traumatismos que afectan directamente al cerebro. El ejemplo más común de este proceso de deterioro es el Alzheimer, no obstante, puede ser causado por lesiones cardiovasculares. Según la evolución de la enfermedad, ésta provocará inevitablemente discapacidad y dependencia (Organización Mundial de la Salud, 2020, párr.3-4). Estudios en nuestro país revelan que aproximadamente el 7.5% de los adultos mayores tienen esta condición (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020, párr. 3).

De acuerdo con lo anterior, el cuidado de una persona mayor con demencia implica el uso de cuidados especializados o personal capacitado para su atención, debido a las distintas necesidades emergentes. Situación que suele contribuir al incremento en el costo de su atención y cuidado (Gutiérrez & Arrieta, 2015, p.668). En México, esta responsabilidad recae en mayor medida en los hogares, por lo que la familia se vuelve el cuidador principal. Este rol es mayormente desarrollado por mujeres (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 2018, párr. 3)

En México existen 819 Asilos y otras residencias para el cuidado del anciano, 85% son del sector privado y 15% del sector público, de acuerdo con el Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE) del INEGI (Procuraduría Federal del Consumidor, 2018, párr. 8). Con base en este problema, es relevante mencionar la falta de recursos para sustentar la demanda creciente de los asilos públicos, debido a

que los financiamientos gubernamentales, cuotas de recuperación y apoyos de asistencia social son bastante reducidos (López & Aranco, 2019, p.45).

A consecuencia de los factores mencionados con anterioridad, el atender a una persona mayor con demencia involucra un gran esfuerzo físico, emocional y económico. Dichas responsabilidades recaen en uno o varios familiares del adulto mayor en cuestión. Una vez asumido el rol de cuidador la persona se somete a una serie de cambios complejos (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 2018, párr. 5).

El rol de cuidador es adquirido desde el momento en el que el diagnóstico del familiar es emitido, en ocasiones esta condición es a partir de una decisión, pero en otros casos por imposición. El hecho de que esta responsabilidad implique un gran esfuerzo tanto físico, emocional, como económico tiene repercusiones en la dinámica de la vida cotidiana de la persona. Por lo tanto, es indispensable realizar una intervención en el itinerario para satisfacer las necesidades del adulto con demencia de manera consciente y activa (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 2018, párr. 8).

Retomando el hecho de que el común denominador de los adultos mayores con demencia es atendido en los hogares, la dinámica intrafamiliar se verá reflejada en el bienestar o deterioro del paciente. Por ejemplo, una familia cohesionada posiblemente podrá enfrentarse mejor con esta etapa de transición, mientras que, en una familia en la que existen conflictos, algunas necesidades pueden llegar a ser pasadas por alto. Sin embargo, aunque la situación familiar y de apoyo sea idónea, la afectación psicológica de las personas involucradas en el cuidado será inevitable (Vithas, 2013, párr. 2).

La complejidad de esta situación radica en el duelo que enfrentan los cuidadores a partir del diagnóstico y ver cómo, poco a poco, las capacidades de su familiar se ven mermadas. Además, es importante mencionar que la súbita responsabilidad de este cambio de roles, aunada a la falta de preparación en términos físicos, económicos e informativos llevarán a al cuidador a un estado de frustración y estrés, impactando directamente en todos los ámbitos de su vida. En consecuencia, existen complicaciones adversas como: el Síndrome del cuidador (Vithas, 2013, párr. 3).

El término síndrome del cuidador alude a la presencia de síntomas de ansiedad y/o depresión a partir de la nueva situación. Este estado de agotamiento hace que muchos cuidadores dejen en segundo plano sus necesidades, experimentando sentimientos de rabia e impotencia. Incluso pueden llegar a sentir culpa por no tener la certeza de la calidad de su cuidado. Por consiguiente, el desempeño al involucrarse la persona de la cual están responsabilizados puede no ser el óptimo, pues su propio bienestar no está garantizado (Fundación Pasqual Maragall, 2021, párr. 5-6).

Con esta información podemos concluir que los cuidadores se encuentran en desventaja, a consecuencia de la escasez de información comprensible al igual que la falta preparación y apoyo psicológico durante el proceso. Es necesario promover el apoyo, visibilizar a este sector, así como atender con soluciones que vean por el bien de los cuidadores; como resultado una atención adecuada para los adultos mayores dependientes.



¿Cómo mejorar la calidad de vida, a través de la reducción de estrés, de los cuidadores enfocados a adultos mayores con demencia?



1.2

JUSTIFICACIÓN

En el último siglo, México ha experimentado distintos cambios demográficos, entre ellos; el aumento en la esperanza de vida y la baja tasa de natalidad. Este fenómeno, consecuencia de varios cambios en la dinámica social, ha tenido como resultado un significativo aumento en la población de adultos mayores. Esto implica, una desproporción entre personas mayores, en comparación con el número de jóvenes que pueden hacerse cargo de estos.

Actualmente, las personas mayores de 60 años constituyen 10.9 millones de ciudadanos, equivalente al 9.3% del total de la población. (De Valle, 2015, p. 21). Esta estadística tiene como resultado el incremento de casos en los que una dependencia causada por enfermedades crónicas degenerativas se vuelve inevitable. Se estima que en la actualidad el 47.8% de las personas mayores mexicanas padece algún tipo de discapacidad o sufre las consecuencias de enfermedades acumuladas, además, el avance en la transición demográfica y la carencia de apoyo formal (Instituto Nacional de Geriatria, 2021, p.21).

Otro factor que vuelve más vulnerable a este sector, de acuerdo con la revista Forbes, es la falta de acceso a los servicios de seguridad social, con tan solo un 20% de adultos mayores afiliados. Toda la responsabilidad recae en las familias, pues de acuerdo con el INEGI el 53% de los adultos mayores reportaron estar casados, mientras que 24% están viudos. (2021, p. 2) En consecuencia, las familias se ven forzadas a convertirse en cuidadores informales con poca preparación, de uno o hasta dos adultos mayores con algún tipo de enfermedad degenerativa.

En este sentido, el cuidado informal implica que las personas que asumen este rol, por lo general, carecen de algún tipo de capacitación o al menos un acercamiento a las técnicas adecuadas. El familiar o individuo responsable, tendrá una sobrecarga de trabajo, pues las necesidades emergentes pueden llegar a sobrepasar su capacidad física, económica y emocional; el cuidador padecerá un estrés excesivo con repercusiones en diferentes aspectos de su vida personal. Este deterioro en la calidad de vida de la persona responsable puede escalar a tal grado de frustración que claudique en sus labores de cuidado (Instituto Nacional de Geriatria, 2021, p.21).

Conviene destacar que, el desgaste presentado por el cuidador, causado por las circunstancias mencionadas anteriormente, tiende a generar un mayor riesgo de conductas nocivas que pueden provocar o incitar al maltrato de la persona de la tercera edad con demencia. Por esta razón, la persona responsable de cuidado debe trabajar en su bienestar a partir de su propio autocuidado y del apoyo que reciba de su familia. Debe conocer, tanto sus derechos, como sus necesidades, de igual manera, realizar actividades que lo ayuden a sentirse bien tanto física, como emocionalmente, lo cual permitirá mantener una relación de convivencia sana con el adulto mayor dependiente (Instituto Nacional de Geriatria, 2021, p.21).

La complejidad de adquirir la responsabilidad de atención a una persona con demencia, aunado a la falta de información al respecto, resulta, puede resultar en casos de negligencia por parte de los familiares, pues, solo el 26% de los parientes ayudan a los adultos con esta condición, lo que los convierte en una minoría incluso dentro de la comunidad de cuidadores. Como se ha dicho, estos pacientes suelen requerir más supervisión, expresan menos gratitud por la ayuda que reciben y generalmente, son más

propensos a sufrir depresión; lo cual apunta a desafíos específicos, incluidos el nivel de intensidad y la duración de su atención (Portal Geriátrico, s.f., párr.3-6)

Ahora bien, según una investigación realizada en 2018 por la Universidad de Maastricht en los Países Bajos, el trabajo no remunerado de un cuidador durante 20 horas o más a la semana, tiene como consecuencia un considerable incremento en la angustia psicológica, deterioro del autocuidado y de la salud. Esta suma de complicaciones en la cotidianidad del cuidador en cuestión podrá generar depresión en aumento a medida que disminuye el nivel de función del familiar mayor. Estadísticas de la asociación de familiares en EEUU estiman que entre el 30% y el 40% de los cuidadores con demencia sufren depresión o angustia emocional (Portal Geriátrico, s.f., párr.11).

Asimismo, la angustia emocional y los efectos negativos en la salud mental de las personas responsables se exacerban significativamente, cuando no se sienten con la preparación adecuada en comparación con aquellos que eligieron o esperaban brindar esta atención. En un contexto ideal, la salud mental atendida de un cuidador disminuirá los riesgos de mortandad en ellos. Según datos expedidos por un estudio de Salud y jubilación, el 18% de los cónyuges sanos que brindan cuidados, mueren antes que su pareja con demencia (Portal Geriátrico, s.f., párr.20)

En conclusión, esta etapa de transición acompañada de una posible manipulación emocional o abuso verbal por parte de la persona dependiente con demencia, la falta de preparación e información asequible sobre el padecimiento, así como su tratamiento; generarán una situación abrumadora para los cuidadores. Por este motivo, es importante tomar en cuenta la reformulación en la dinámica de cuidado, a través del fortalecimiento del vínculo cuidador-paciente, con el

aprovechamiento correcto de los recursos disponibles. Así pues, la innovación, a partir de la empatía e investigación, será un aspecto inherente a cualquier propuesta o solución a desarrollar.



1.3

OBJETIVO GENERAL

Crear una solución sistémica de diseño que disminuya el estrés para mejorar la calidad de vida de los cuidadores enfocados a adultos mayores con demencia.

1.3.1 Objetivos específicos

- Identificar los puntos de estrés en el cuidado de adultos mayores con demencia.
- Analizar las guías y los canales de comunicación sobre la demencia ya existentes.
- Gestionar la información obtenida en entrevistas para identificar los puntos de dolor.
- Realizar un acercamiento a herramientas disponibles para los cuidadores enfocadas al trato con personas mayores con demencia.
- Visibilizar dentro de la familia las tareas y responsabilidades de un cuidador.
- Informar las responsabilidades físicas y emocionales que conlleva cuidar de un adulto mayor con demencia.



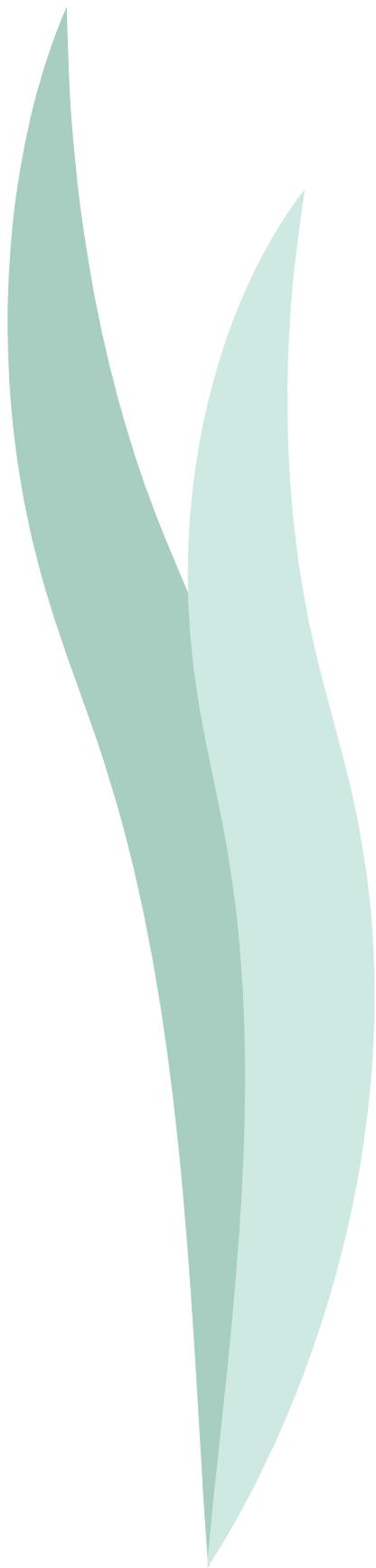
1.4 SUPUESTO

Por medio de herramientas de acompañamiento para cuidadores de adultos mayores con demencia, se podrá mejorar considerablemente la calidad de vida de ambas partes, durante el proceso de la enfermedad.

1.5 VARIABLES



- Adulto mayor ●
- Cuidador ●
- Demencia ●
- Calidad de vida ●



CAPÍTULO II, CORPUS TEÓRICO



2.1

MARCO CONCEPTUAL

En este apartado se describirán las **variables** de la investigación. Se explicará el desarrollo de cada término y su relevancia en relación con el proyecto presente.

2.1.1 Adultos mayores

La Ley de los Derechos de las Personas Mayores en México, define a este sector poblacional como individuos que cuentan con 60 años o más de edad y de acuerdo con la Encuesta Intercensal publicada por INEGI, el 21.5% de la población total pertenece a este grupo de edad, con un aproximado de 32.4 millones de habitantes. Asimismo, proyecciones del Consejo Nacional de Población estiman que, el número de adultos de la tercera edad se incrementará considerablemente en 2050 (Procuraduría Federal del Consumidor, 2018, párr.5-6).

La tercera edad es una etapa que implica la aparición de distintas enfermedades crónico-degenerativas, además de presentar una reducción significativa en las capacidades del paciente. Por lo tanto, la mezcla de condiciones de salud, aunadas al acelerado crecimiento de la población que vive hasta edades

avanzadas, se convierte en un desafío para las instancias gubernamentales debido a la falta de infraestructura y capacidad humana profesional que atienda las muy diversas demandas (Instituto Nacional De Salud Pública, 2020, párr.1-3).

Entre estas enfermedades crónicas degenerativas mencionadas con anterioridad, existe un padecimiento bastante común en personas mayores: la demencia. Esta condición no es parte inherente del envejecimiento, sin embargo, el riesgo de padecerla aumenta de manera importante después de los 65 años. De seguir así, el término conocido como **demencia senil** está en desuso desde hace varios años, pues puede hacer que esta enfermedad se perciba como una situación normal e irremediable, como consecuencia, privar a los cuidadores del conocimiento del diagnóstico completo, así como pronósticos, problemas y posibles tratamientos que alivien sus síntomas además de optimizar los cuidados (Boise L, 1999, párr.1-2).

2.1.2 Demencia

La demencia es un síndrome que implica el deterioro de la memoria, el intelecto, el comportamiento, asimismo la capacidad para realizar actividades de la vida cotidiana. A pesar de la creencia popular, esta no es una consecuencia inevitable del envejecimiento. Hay diferentes formas de demencia, sin embargo, la enfermedad de Alzheimer es la forma más común ya que acapara entre el 60% y 70% de los casos. Otras formas frecuentes son la demencia vascular, la demencia por cuerpos de Lewy, además de un grupo de enfermedades que pueden contribuir a la demencia frontotemporal (degeneración del lóbulo frontal del cerebro). Los límites entre estas enfermedades son difusos, además coexisten frecuentemente de formas mixtas (Organización Mundial de la Salud, 2020, párr. 1 y 9).

Este padecimiento es una enfermedad progresiva e irreversible que tarda en manifestarse debido a que su evolución es lenta. Naturalmente no solo afecta la memoria, si no que afecta de igual manera el pensamiento, el habla, la capacidad de comunicación y la realización de tareas cotidianas. Por lo que la enfermedad avanza hasta un punto en que el enfermo es totalmente dependiente, de este modo, necesitará cuidados especiales (Sanitas, s.f., párr. 3-11).

Puesto que, al inicio de la enfermedad, la memoria empieza a verse afectada, esto se puede confundir con pequeños despistes en una primera fase, pero poco a poco se van agravando. Subsecuentemente, el lenguaje y el pensamiento se van viendo afectados. Al paciente le es difícil recordar el nombre de objetos, encontrar la palabra adecuada o mantener conversaciones. Por otra parte, los cambios de personalidad son otro factor característico. En estos casos, algunos rasgos de la personalidad se pueden agudizar llegando a causar problemas como enfados, respuestas groseras o un afán desbordado por tener razón, etcétera (Sanitas, s.f., párr. 3-11).

Igualmente, conforme avanza la enfermedad, las tareas cotidianas que al principio no representaban un problema, se vuelven actividades en las cuales el paciente requiere ayuda. Cosas como vestirse, calzarse, comer, ir al baño, entre otras; provocan que la higiene del enfermo se vaya descuidando, así, eventualmente este llega a necesitar ayuda para llevar a cabo cualquier tarea. Aparte de esto, las funciones motoras tienen un deterioro. Esto no se debe a un deterioro físico, si no a la incapacidad de coordinar los movimientos, favoreciendo así la pérdida de musculatura y la atrofia. Al final de la enfermedad, los pacientes suelen estar encamados o sentados en el sofá, no pueden moverse (Sanitas, s.f., párr. 3-1).

En adición, es importante identificar las diferentes fases de la demencia, la escala FAST logra clasificar en 7 fases. En la fase de adulto normal no se logra apreciar deterioro alguno. Después de esto viene la fase de adulto anciano normal donde el paciente tiene conciencia personal de que ha sufrido algún tipo de declive funcional. En la fase 3, descrita como enfermedad de Alzheimer o demencia temprana el paciente presenta deficiencias funcionales en situaciones de trabajo exigentes. En la siguiente fase el paciente necesita ayuda para realizar tareas complejas que antes llevaba a cabo con normalidad (Sanitas, s.f., párr. 3-9).

Por último, en las fases restantes de la escala FAST, el paciente no puede llevar a cabo el aseo personal de forma independiente, hasta llegar a la etapa final, en la cual, se pierde la habilidad del habla casi por completo. De igual manera, el paciente pierde progresivamente su capacidad para caminar, sentarse o incluso sonreír. La demencia tiene un efecto abrumador en las familias y sus cuidadores. A menudo surgen presiones físicas, emocionales, así como económicas que pueden causar mucho estrés a las personas involucradas en su cuidado (Organización Mundial de la Salud, 2020, párr. 17).

2.1.3 Cuidadores

El cuidador familiar (también conocido como **cuidador informal** por su falta de preparación formal previa a la situación) es la persona que vela por el bienestar del paciente debido a su parentesco con este. El cuidador familiar puede ser asignado arbitrariamente o por conveniencia. Este puede aceptar de manera voluntaria, contratada o por coerción del resto de la familia. La atención que realiza el cuidador familiar modifica el tiempo dedicado a sus acciones

personales, provocando problemas en su vida cotidiana. Quien asume el papel de cuidador enfrenta situaciones que muchas veces desconoce, siendo muy posible que experimente temor, ansiedad o estrés (De Valle et al, 2015, p.21).

Del mismo modo, la persona cuidadora a menudo puede verse tan desbordada por la situación, que termina relegando a un segundo plano su bienestar emocional y físico. Esto causa que muchos cuidadores presenten síntomas de ansiedad o depresión. Por lo general, el cuidado del paciente se vuelve tan absorbente, que las personas responsables se ven obligados a dedicar menos tiempo a sus hijos, pareja, amigos o pasiones causando una gran sensación de falta de libertad. Consecuentemente, uno de los principales riesgos para el bienestar del cuidador es caer en el aislamiento social (Fundación Pasqual Maragall, s.f., párr. 6-9).

Finalmente, las tareas atribuidas al cuidador, quien la mayoría de las veces no cuenta con orientación adecuada ni soporte de las instituciones de salud, tienen impactos sobre la calidad de vida del cuidador. Un gran porcentaje de cuidadores reportan problemas de salud, generalmente atribuidos a la sobrecarga física y emocional de desempeñar este rol. Esto demuestra que cuidar a los ancianos con algún tipo de dependencia funcional-cognitiva deja a los cuidadores más vulnerables (Anjos et al., 2014, párr. 41-42).

2.1.4 Calidad de vida

La calidad de vida (CDV) es definida como la percepción de cada individuo sobre su posición en la vida, en el contexto cultural, así como de los sistemas de valores en los cuales vive, tanto sus objetivos,

expectativas, patrones, como preocupaciones. Podemos decir que el concepto de calidad de vida puede tener cinco campos a comprender como son: Físico, Material, Educativo, Emocional y social. Es importante considerar que estos campos mencionados pueden tener una diversa influencia en factores sociales, médicos o políticos; representado en los ámbitos individuales, pero también de comunidades (Galván, s.f., párr. 9).

Entonces, el modelo más extendido respecto a la calidad de vida es el propuesto por Schalock y Verdugo en 2003 se caracteriza por ser multidimensional; esto además de estar influenciado por factores personales, incluir componentes objetivos al igual que subjetivos, mejorar los recursos, así como un proyecto de vida propio. Esta teoría, refleja las condiciones de vida deseadas por la persona en relación con ocho dimensiones o necesidades fundamentales, las cuales son: Relaciones interpersonales, desarrollo personal, bienestar emocional, bienestar físico, autodeterminación, bienestar material e inclusión social (Federación Autismo Madrid, 2021, párr. 6-14).

De manera similar, cuidar a una persona anciana puede evocar muchas veces sentimientos ambiguos a la persona que asume esta responsabilidad. Esta puede ser considerada una tarea compleja, la cual requiere mucha responsabilidad, dedicación, coraje, paciencia, así como fuerza de voluntad. Se observó que las puntuaciones más bajas de la CDV de los cuidadores de ancianos fueron en la cuestión relacionada con el estado general de salud. Los cuidadores que realizaban otras actividades fuera del cuidado demostraron mejores índices de CDV en el dominio psicológico. Comparando dichos datos, es fácil observar una relación directa entre la reducción del índice de CDV y la sobrecarga de trabajo que experimentan los cuidadores familiares (Anjos et al., 2014, párr. 57-58).



2.2 ANTECEDENTES

En el siguiente apartado se abordará la vinculación de personas responsables del cuidado de un adulto mayor con algún tipo de demencia y algunas de las estrategias de apoyo a través de los años. Se presentarán distintos ejemplos de grupos de ayuda, así como programas estratégicos desarrollados para la mejora de la calidad de vida, tanto del adulto mayor, como de su cuidador.

A principio de los 90's, el Hospital Clínic de Barcelona empezó a implantar el modelo de la [psicoeducación](#) en familiares cuidadores de pacientes con demencia, mismo que consiste en proporcionar información sobre las necesidades del paciente, con el fin de facilitar las actividades del cuidador, además de brindar un apoyo emocional. Tiempo después, en el 2006, se llevó a cabo el mismo modelo en el área de psicogeriatría del Complejo Asistencial en Salud Mental Benito Menni de Sant Boi de Llobregat, acompañado de cambios significativos, entre ellos: dar la información de cada sesión escrita y cuestionarios para medir el impacto en los cuidadores (Azpiazu, 2021, párr. 8-10).

También se ha intentado desarrollar soluciones para recopilar la información esencial sobre las características y necesidades del cuidado de una persona mayor con demencia. En 1991, la OMS publicó un manual llamado [Ayuda para cuidadores de personas con demencia](#) con el objetivo de brindarles el apoyo necesario. En él se encuentran información

sobre la enfermedad, la convivencia, pero al mismo tiempo se centra en factores que padecen los cuidadores como el agotamiento, las emociones que presentan, además la importancia de cuidarse uno mismo (Departamento de cambio social y salud mental GENEVA, 1991, p. 5).

Por otra parte, también existen otras alternativas de apoyo, aunadas al acompañamiento psicológico de las familias. El Centro de Atención para Mayores "Puentes que permiten proseguir el camino" en Buenos Aires, Argentina; el cual cuenta con un equipo de profesionales que, desde un abordaje interdisciplinario, trabajan en las diferentes soluciones para los adultos mayores, así como sus familias, a través de una estructura organizacional, garantizando que el adulto mayor realice distintas actividades y gocen de servicios tales como: transporte, comedor, higiene, entre otros. Los adultos mayores pueden ir tres o cinco días a la semana (Parreira, 2005, p. 4).

Otro ejemplo de programas de apoyo para este sector fundado en 2006, que sigue funcionando hasta la actualidad, es el Instituto de la Memoria en León, Guanajuato. Este es un espacio para familiares donde comparten experiencias, sentimientos, así como consejos sobre los cuidados. Fue creado con el objetivo de aligerar la carga del cuidador, abordando temas que puedan ayudar a enfrentar las dificultades que se tienen o tendrán conforme avance la enfermedad. Busca brindar una capacitación a los familiares, de esta forma, reducir la ansiedad y temor a tareas delicadas, mejorando así la calidad de vida tanto del cuidador como del adulto mayor. (Instituto de la Memoria, Fundación Alzheimer León, 2022, párr. 2)

Al hablar de asociaciones que brindan apoyo de este tipo, es importante mencionar a LAMDA. Es una organización sin fines de lucro con la misión de educar

e involucrar a los cuidadores de personas con Alzheimer y Trastornos de la Memoria, proporcionando una formación para el desarrollo de habilidades, así como programas de apoyo compasivo. Desde 2008 ha facilitado más de 300 talleres para brindar capacitación al igual que seguimiento para personas que buscan servicios para cuidar a los adultos mayores (Latino Alzheimer 's And Memory Disorders Alliance, 2010, párr. 2).

En 2012, el Instituto Nacional de Geriatria comenzó a ofrecer un curso básico de cuidadores, con el fin de proporcionar a los participantes, conocimientos básicos para el cuidado de adultos mayores para fomentar el envejecimiento saludable. La metodología del curso está orientada al aprendizaje autodirigido, donde el participante se involucra de forma activa y se responsabiliza de su propio proceso de aprendizaje. El curso es completamente virtual, tiene una duración de 40 horas en las que se requiere la organización, elaboración, transformación e interpretación del contenido proporcionado (Instituto Nacional de Geriatria, s.f., párr. 5-7).

Existen propuestas de acompañamiento para trabajar por el bienestar psicológico de los cuidadores, sin embargo, también existen productos que simplemente pretenden simplificar el cuidado de adultos mayores. Este es el caso de *Pill Drill*, un dispositivo que ayuda a recordar cuándo y a qué hora se deben tomar sus medicamentos, así como el registro del medicamento para luego notificar a los cuidadores. Los encargados de la persona pueden usar una aplicación para estar informados sobre la toma de medicamentos de su familiar (*Pill Drill*, 2014, párr. 1).

Un ejemplo más son los servicios proporcionados por la Asociación Alzheimer Ferrolterra para facilitar el cuidado. Desde el 2014 se han encargado de poner

a disposición de los familiares diferentes productos como: camas articuladas, sillas de ruedas, andadores, sillones geriátricos, etcétera. Por otra parte, han desarrollado un sistema de localización que consiste en una chapa con un código QR el cual contiene información personal sobre la persona con demencia, así como de la persona que está a cargo de esta. (Alzheimer Ferrolterra, s.f., párr. 6).

Otro caso relevante en la intervención para el bienestar de los cuidadores es el IDEM, una organización no gubernamental especializada en psicología y terapia. Ofrecen diferentes servicios como el apoyo individual, en donde se asesora tanto al cuidador como a la familia sobre la enfermedad. Al mismo tiempo brindan servicios de apoyo grupal, en donde varios cuidadores comparten sus problemas, información específica de habilidades al igual que conocimientos relevantes para la labor de cuidado de la persona con demencia (Miranda Reynés Irene, 2018, párr. 3-4).

La totalidad de ejemplos presentados hasta este punto, provienen de organizaciones no gubernamentales e iniciativa privada. No obstante, actualmente existen algunos apoyos del gobierno mexicano, específicamente del INAPAM. Entre estos, destacan las conferencias dirigidas al personal técnico, especializado, así como personas interesadas, con el propósito de mejorar la calidad de los programas y servicios para las personas mayores. Verbigracia: Nohui Ocampo, psicogeriatría del Instituto Nacional de Psiquiatría, expuso una conferencia denominada *Cuidado del Adulto Mayor con Demencia*, en donde describió algunas herramientas que ayudan a orientar a personas mayores (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2018, párr. 3-6).

Actualmente, el INAPAM también cuenta con albergues y residencias de día, en donde se brinda atención gerontológica integral a personas mayores, se les proporciona alimentos, seguimiento médico, rehabilitación física, además de estimulación cognitiva, con el objetivo de que las personas adultas mayores continúen en su hogar e integradas a su comunidad, la atención se brinda entre semana de ocho de la mañana a tres de la tarde. El para ingresar es gratuito, sin embargo, deben pagar una cuota mensual, la cual se determina mediante un estudio socioeconómico, para determinar si el paciente es candidato o no. (Instituto Nacional de las Personas Mayores, 2020, párr. 6-8)

En conclusión, existen múltiples programas de atención para personas que han asumido la responsabilidad de cuidar a un adulto con padecimientos causados por la demencia. Cada uno de los ejemplos mencionados en este apartado, muestran cómo es posible simplificar y desmitificar el cuidar de una persona mayor con determinadas características, sin embargo, existe poca difusión de estos programas, además de una carente oferta de la preparación al igual que acompañamiento integral de las familias o responsables.

2.2.1 Línea del tiempo

1990

Hospital Clínic de Barcelona

A principio de los 90 esta institución impartió el modelo de psicoeducación en familiares cuidadores de pacientes con demencia, con el propósito de informar sobre la enfermedad y las necesidades del paciente. También brindan un apoyo emocional para que las personas puedan encontrar soluciones a las dificultades que tengan. (Azpiazu, 2021, párr. 8-10)

1991

Manual "Ayuda para cuidadores de personas con demencia"

La OMS publicó este manual con el objetivo de brindarles el apoyo necesario. Se encuentra información sobre la enfermedad, la convivencia y el cuidado de una persona con demencia, al mismo tiempo se centra en los cuidadores como el agotamiento y emociones que presentan. (Departamento de cambio social y salud mental GENEVA, 1991, p. 5)

2005

Centro de Atención para Mayores "Puentes que permiten proseguir el camino"

Este centro en Buenos Aires, tiene como misión asistir y orientar, individual y grupalmente, en aspectos médicos, psicológicos, ocupacional y social a los adultos mayores de la zona. (Parreira, 2005, p. 4)



2.3

MARCO TEÓRICO



En el siguiente apartado se expondrán algunas teorías pertinentes para cada una de las variables y su relación directa con el proyecto a desarrollar, las cuales están constituidas por posturas formuladas por distintos autores.

Es pertinente tomar como parte fundamental para el desarrollo de este proyecto la gerontología social, la cual se centra en el estudio de la interrelación del adulto mayor con su entorno, con el fin de generar una solución integral que facilite el adquirir el rol de persona responsable del tratamiento que se dará durante el proceso de envejecimiento de algún ser querido. Entender el comportamiento del adulto mayor para diseñar con base en su entorno, actividades y tratamientos; En especial si posee una enfermedad degenerativa como la demencia, que aumenta gradualmente la dependencia del paciente para realizar actividades básicas (Universidad Internacional de Valencia, s.f., párr.3-4).

Al mencionar otra teoría relevante para el tema de adultos mayores, es crucial tomar en consideración el Gerontodiseño. En este postulado se resalta que, a partir de los factores involucrados en el desarrollo de la vejez, se pretende diseñar sistemas de objetos y entornos adecuados con ayuda de nueve estrategias a considerar. Entre los más relevantes: la accesibilidad, promover la buena salud, no estigmatizar, la aplicación de un diseño significativo, entre otros; los cuales, en

este proyecto, fueron implementados para la creación de un producto que brinde la posibilidad de generar un espacio idóneo, tanto para la persona mayor como para el cuidador (Revista Interior Gráfico, 2020, párr. 1-5).

Ahora bien, para asegurar que la experiencia del usuario sea satisfactoria, consideramos la teoría del constructivismo o diseño instruccional, fundamentada en la premisa de que el conocimiento se construye a partir de la experiencia y debe situarse en un ambiente realista (Merril, 1991, como se citó en Mergel, 1998, p.10). Por lo tanto, para la realización de este proyecto se tomaron en cuenta las tareas principales de los cuidadores a partir de una recopilación de experiencias. Las distintas partes del gabinete ayudan a actividades reales de cuidadores, evitando incrementar su carga de trabajo, además de resaltar la importancia de optimizar sus rutinas.

Respecto a los cuidadores, es indispensable mencionar la teoría de la incertidumbre de Mishel. En esta se describe el término incertidumbre como un estado cognitivo, creado cuando una persona no puede estructurar un evento debido a la falta de señales, lo cual puede generar una serie de emociones negativas (Díaz et al, 2019, párr.3). La aplicación de este postulado en el proyecto consiste en la adición de un manual ilustrado, con técnicas básicas de cuidado. Verbigracia: métodos de levantamiento y movilidad de pacientes, avalados por especialistas. Con el fin de proporcionar la información básica necesaria, para evitar situaciones de incertidumbre al inicio del proceso del cuidador.

Respecto a la calidad de vida, se indagó en teorías pertinentes para el tema. Una de ellas es la teoría social-cognitiva de Bandura, esta teoría social expone el valor de la calidad de vida basándose en el

pensamiento individual de sentimientos, capacidades expectativas, además de la capacidad de evaluar nuestro entorno, así como tener una reacción positiva ante él (Rodríguez & García, 2005, p.51). Al darle herramientas básicas al cuidador, el podrá desempeñar sus tareas de mejor manera, con un espacio personalizado que mantenga el orden, conservando una percepción clara sobre dónde y cómo debe realizarse cada tarea.

De igual manera se contempló la *teoría de afrontamiento, estrés y procesos cognitivos de Lazarus y Folkma* para el desarrollo del proyecto. Su aplicación consiste en una hipótesis en la cual se sostiene que, el brindar un espacio de organización a los cuidadores, los ayuda a encontrar seguridad en su rutina, por consiguiente, obtenga una significativa reducción de estrés. Debido a que esta teoría psicológica presenta la reacción emocional de un individuo hacia su entorno, postulando que el contexto del lugar en el que se encuentre va a tener un efecto directo en el bienestar y mejora de la calidad de vida del usuario (Triviño & Sanhueza, 2009, párr.7).

Por otra parte, es relevante reconocer las situaciones críticas descritas en entrevistas realizadas a cuidadores informales, con el fin de facilitar el afrontamiento de las nuevas tareas emergentes. Con base en la *teoría de la crisis*, postulado de psicología que define la crisis como un estado doloroso en el individuo que no puede resolverse con métodos habituales o rutinarios (Triviño & Sanhueza, 2009, párr.13-14). Traducido al proyecto, los estados de crisis pueden generarse en el adulto mayor con demencia, si no se lleva a cabo un control de fármacos. Sin embargo, también pueden sufrir caídas o accidentes propios del deterioro cognitivo, los cuales pueden ser atendidos con ayuda del botiquín.

En referencia a la importancia del ambiente en los sentimientos de la persona, se tomó en cuenta el postulado del *diseño emocional*, este postulado nos comunica que ya no basta con que los objetos sean funcionales por que las cosas atractivas funcionan mejor (Rayo,2014, p.1). Toma en cuenta el diseño visceral que se basa en las primeras impresiones, así como la apariencia, el diseño conductual presenta la usabilidad del producto, al igual que su interacción, por último el diseño reflexivo toma en cuenta todo lo anterior, además lo combina con los aspectos culturales del usuario; la importancia del diseño emocional en este proyecto se basa en el marcado impacto emocional que los cambios dentro del espacio de residencia tienen en los adultos mayores, es importante la apariencia amigable y sencilla del producto.

El contenido del kit está altamente enfocado al aspecto fármaco-médico, la importancia del tratamiento es reconocida en la *teoría disfunción mitocondrial asociada a la Enfermedad de Alzheimer*; se postula que puede ser improbable que un solo proceder terapéutico prevenga o disminuya de forma significativa la progresión de la enfermedad, resulta más efectiva una terapéutica que incluya estrategias paralelas que confieran neuroprotección, así mismo eviten la disfunción neuronal y la neurodegeneración. (Reynado et al, 2008, p.7-8). Al proveer un método de organización se busca mejorar la experiencia del tratamiento con fármacos, promoviendo la prevención de crisis u otros síntomas relacionados al constante deterioro físico; esto, con el fin de evitar eventos que necesiten intervención médica a mayor escala.

La toma de fármacos puede ser un punto de estrés ya que es una actividad difícil de incluir a la rutina, La teoría de James-Lange propone que la corteza cerebral recibe e interpreta los estímulos sensoriales

que provocan emociones, produciendo cambios en los órganos viscerales a través del sistema nervioso autónomo, al mismo tiempo los músculos del esqueleto por medio del sistema nervioso somático. (Deloux, 1999, p.48-52). Este postulado permite al proyecto conocer el desarrollo e inicio de los hábitos, como estos, son el resultado de una constante respuesta cerebral, en base a esto el kit busca que el registro de historiales médicos y toma de medicamentos sea más sencillo con el paso del tiempo.

Desde la perspectiva del diseño la *teoría del color* se plantea que los colores evocan sentimientos o significados específicos; desde tranquilizadores, hasta estimulantes (Escola d'Art de Vic, s.f., p.1) En cuanto a la aplicación de esta teoría para personas mayores con *demencia*, dadas las características del deterioro cognitivo se recomienda la utilización de colores suaves como azul claro, verde, crema, verde claro, celeste, rosa pálido o miel. Por ello, en el proyecto se evitarán colores estimulantes como el rojo y amarillo, pues pueden ser causantes de una crisis. Dicho lo anterior, con la aplicación de esta teoría se busca generar sensaciones positivas, así como un ambiente lleno de paz.

Algo semejante ocurre con la *teoría de la iconografía*, la cual considera la importancia en el significado y sentido de las imágenes que a su vez depende de la interpretación de la cultura a la que se dirige (BAU, s.f., párr. 1). Esto se vincula con el diseño del proyecto, en el uso de imágenes descriptivas que conforman el manual de herramientas básicas de cuidado. De igual manera, la teoría se ve reflejada en el sistema de llamadas implementado a partir de un funcionamiento sencillo, completamente visual, basado en fotografías o imágenes; considerando que debe ser comprensible, así como fácil de usar para un adulto mayor con *deterioro cognitivo*, en apoyo a su cuidador.

Por último, se hablará del *enfoque centrado en la persona según Kitwood*, el enfoque centrado en la persona significa ver a la persona con demencia como una persona igual con sentimientos, derechos, deseos y una historia de vida que le afectaba incluso antes de que tuviera demencia. (Dementia, Education, Approach, Life, s.f., párr. 2-5); Durante el desarrollo del proyecto esta teoría marco muchas veces, proporcionando las herramienta e información básica, el cuidador contará con una base de apoyo inicial de la cual podrá avanzar para tener un mejor manejo de la situación, generando un espacio dentro de la enfermedad para que el individuo afectado por la demencia pueda ser tratado con respeto e individualismo, promoviendo que tanto cuidador como adulto mayor vivan en un ambiente que promueva la independencia en su máxima posibilidad.

Es primordial cimentar este proyecto en múltiples teorías que garanticen una resolución a corto, mediano y largo plazo, como resultado, satisfacer la necesidad de un sector vulnerable de la población, así como trabajar en la relación cuidador-adulto mayor con demencia sin comprometer el bienestar de los involucrados, en caso de cualquier situación emergente. Cada uno de los postulados mencionados en este apartado, respaldan cómo es posible tanto simplificar, como desmitificar el cuidado de una persona de la tercera edad con deterioro cognitivo.

2.4 POSTURA TEÓRICA



Queda claro que la vejez suele ser estigmatizada por la sociedad. De acuerdo con el sociólogo Erving Goffman, la concepción de los **adultos mayores** construida por parámetros de imagen, rol y figura social, en su mayoría no son positivos (Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores, 2014, párr.3). Por lo tanto, al atender una problemática que involucra a este sector, es imprescindible contemplar postulados que implementen análisis integral, sin prejuicios, con el fin de un desarrollo adecuado con soluciones pensadas para el futuro. Justo como se menciona en las teorías incluidas previamente en la investigación.

De igual forma, debe destacarse que la solución considera las implicaciones del cuidado de una persona con deterioro cognitivo. Es decir, la complejidad de las tareas para cuidar a un adulto mayor con **demencia** requiere de un conocimiento más específico sobre el padecimiento y las posibles reacciones adversas. Por ejemplo; en la **teoría de disfunción mitocondrial**, se menciona la importancia de la utilización de fármacos para personas mayores con esta condición. Este tipo de teorías, representan una aportación para conocer a detalle la experiencia, así como los puntos de dolor del usuario: los **cuidadores**.

De acuerdo con expertos, la aplicación de ciertas alternativas de diseño será aquello en lo que se sustentan las estrategias implementadas en la propuesta de apoyo a cuidadores de adultos mayores con demencia. El hecho de brindar herramientas respaldadas en investigaciones previas produce que el usuario se sienta más competente y mejore su calidad de vida, en contraste con los parámetros establecidos por diferentes fuentes, las cuales desarrollan el término **bienestar**.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO





3.1

TIPO DE ENFOQUE

La investigación cualitativa ha emergido como un nuevo paradigma en las ciencias sociales en los últimos 25 años, nace como una respuesta a las experiencias de personas y grupos sociales que no son medibles, pero aportan al conocimiento de la experiencia humana los fenómenos sociales (Balcázar et al, 2013, párr.1).

Para el desarrollo de esta investigación se hizo uso del enfoque cualitativo; gracias a los detalles enfocados a la experiencia del usuario, se puede conocer la situación de los familiares dedicados al cuidado, así como en el manejo de adultos mayores con demencia; por medio de la investigación enfocada a experiencias, sentimientos y necesidades; se logró generar una solución que disminuya los puntos de estrés de aquellos en esta situación.

La importancia de las conexiones sociales y emocionales, presentadas en este proyecto, se hace notar al hablar sobre la afectación del cuidador informal. La solución planteada considera una perspectiva generada a partir de la investigación cualitativa desarrollada; aplicando las respuestas emocionales de los cuidadores dentro de nuestra propuesta.

Las herramientas utilizadas dieron como resultado el registro, tanto de vivencias, como de experiencias dadas por cuidadores informales. También fueron documentadas respuestas de profesionales de la salud, con las que se obtuvo una respuesta de diseño validada por aquellos que conocen y viven el cuidado de adultos mayores en su día a día.

3.2

METODOLOGÍA

La metodología para la gestión de proyectos es la disciplina encargada de elaborar, definir y sistematizar el conjunto de técnicas, así como procedimientos que se deben seguir durante el desarrollo de un proyecto para la producción de los productos o servicios que supone. No es posible concebir el desarrollo de proyectos sin pensar en la serie de pasos a cumplir para asegurar la consecución de los objetivos de este (Ball, s.f., párr.12).

La metodología adoptada para llevar a cabo este proyecto fue la del Triple Diamante, la cual funge como soporte para los procesos de innovación. Se basa en seis fases distintas que conforman un modelo funcional, aplicable a diversos proyectos: descubrir, definir, desarrollar, entregar, validar, desarrollar, pilotar y lanzar. Como en cualquier proceso de diseño, se comienza planteando un problema, al que se pretende aportar soluciones de valor. Sin embargo, no se puede pasar de la identificación del problema al desarrollo de posibles soluciones, sin antes haber analizado adecuadamente la definición, así como la estructuración de puntos importantes que constituyen la problemática (Ball, s.f., párr.20).



Las etapas de esta metodología consisten en:

1. Primero debe identificarse la problemática haciendo uso de diferentes tipos de investigación cualitativa, como entrevistas a cuidadores, especialistas de la salud, así como la recopilación de hallazgos en la dinámica de cuidado para adultos mayores con demencia. También se toman en cuenta encuestas y estadísticas como parte de la investigación cuantitativa para complementar la información
2. La segunda etapa consiste en definir el problema con los campos de oportunidad posibles, constituidos por hallazgos, puntos de dolor, etcétera. Se establece la línea de acción del proyecto, así como los objetivos a cumplir.
3. Después se empiezan a desarrollar propuestas hasta obtener la más viable. Al tener una idea en concreto, se somete a un proceso de iteración para posibles mejoras y correcciones, con prototipos validados por potenciales usuarios.
4. Como cuarto paso, de acuerdo con la metodología del Triple Diamante, se entrega la propuesta seleccionada, pues previamente en el desarrollo se terminó de ajustar la propuesta con base en los hallazgos y las validaciones con múltiples usuarios.
5. Para este momento del proyecto es necesario pilotear la propuesta, con un producto funcional u todas las características de la solución. Además, conocer la viabilidad de los costos de producción, precio de venta y modelo de negocios.
6. Por último, se emprende el lanzamiento público de la propuesta, en conjunto con un plan de financiamiento para ser introducido al mercado (Chen, 2020, párr.7-9).

3.3 MÉTODO



El método de este proyecto es el acompañamiento para cuidadores de pacientes con demencia, mediante herramientas y atención al cliente, con las cuales se darán explicaciones e información básica para optimizar las tareas diarias que su situación requiere.

El proyecto se enfoca en las implicaciones físicas y emocionales que vive un cuidador al momento de tener la responsabilidad de ver por su familiar. Estas tareas se pueden complicar debido a la falta de información de la enfermedad, así como de técnicas de cuidado para evitar lesiones, tanto en el cuidador como en el paciente.

El entendimiento de estas tareas y puntos de dolor del cuidador se han logrado encontrar gracias a la investigación a profundidad, testimonios, así como experiencias de casi 90 cuidadores informales. Además de esta información, se requiere de empatía hacia la situación, al igual aterrizar los hallazgos a estos escenarios reales para poder obtener un resultado óptimo.

Para el proceso de investigación, se utilizó la metodología de Design Thinking de David M. Kelley. Este proceso permite la solución de problemas, para el diseño de productos, además de servicios, siempre teniendo en el centro de nuestro sistema al ser humano, en este caso a todos los involucrados en las tareas del cuidado. Esta metodología contempla 5 pasos básicos para lograr un excelente resultado, los cuales son: empatizar, definir, idear, prototipar y probar.

3.4 INSTRUMENTO

En el proyecto se ocuparon diferentes instrumentos para la recolección de datos cualitativos y cuantitativos, con el objetivo de encaminar la toma de decisiones hacia la propuesta final de diseño.

Se utilizaron instrumentos etnográficos para el proceso de diseño. La investigación nos permitió entender la problemática a través de noticias, reportes, datos, boletines, entre otros. Una de las herramientas indispensables para nuestro trabajo fueron las entrevistas a cuidadores como a expertos de la salud; algunos fueron neurólogos, psicólogos y geriatras. Esto permitió ver los diferentes retos a los que se enfrenta la familia de los adultos mayores con demencia en este proceso.

De igual manera, se usaron las encuestas en grupos especializados para escuchar las diversas experiencias de los cuidadores. Es esencial entender cómo esta enfermedad no solo afecta a los adultos mayores. Debemos empatizar con la experiencia de los familiares que los acompaña en el desarrollo de actividades cotidianas.

Posterior a ello, se emplearon herramientas para encontrar puntos de dolor. Con el mapa de empatía se logró clasificar de manera más eficiente la información cualitativa que encontramos en las entrevistas. Gracias a esto se pudo tener la información necesaria para desarrollar nuestra propuesta de diseño, teniendo en el centro a los usuarios y sus necesidades.

3.5 TÉCNICA

Para el desarrollo de este proyecto se utilizaron diferentes técnicas que fueron de gran ayuda, una de ellas fue la investigación de los distintos casos análogos existentes en el mercado, para tener una idea de qué es lo que se ofrece, así como la pertinencia de la misma en la solución de la problemática. Sin embargo, se encontró que los productos y servicios son muy similares entre sí.

Al mismo tiempo se realizaron entrevistas a cuidadores informales, psicólogos, médicos, geriatras y neurólogos, posteriormente se categorizaron las respuestas para convertirlas en hallazgos principales, de esta manera obtener el insight principal. Después se realizó una lluvia de ideas, así como *How Might We*, para llegar a una solución, la cual se bocetó para aterrizar las ideas.

Además, se prototipo el producto con el fin de conocer medidas, grosores, etc. Al mismo tiempo, se modelaron las primeras páginas del manual, para percibir la distribución de los elementos gráficos. Posteriormente se realizó un modelo 3D con el objetivo de conocer texturas, posibles materiales, así como la distribución de sus partes. El renderizado sirvió para comprender y transmitir cómo se vería el proyecto con el uso de la paleta de colores, simbología, etiquetas, etc.

Por último, como herramienta de validación se prototipo la propuesta con aglomerado de madera para comprobar si es intuitivo, su funcionalidad, practicidad y usabilidad, además se observó una primera interacción con los usuarios en un entorno realista.

3.6 PROCEDIMIENTO

La propuesta de diseño ha tenido variaciones en cuanto a la idea, forma y tamaño. Estos cambios se dieron en función de las validaciones realizadas por los usuarios. Trabajando con ellos se planteó una propuesta que cubriera sus necesidades, por otra parte, también se busca desarrollar herramientas para poder afrontar la enfermedad.

Pensando en los posibles escenarios de uso, se logró definir la forma de nuestro producto. Escuchando a los usuarios se creó un servicio donde se sientan acompañados y escuchados durante las etapas iniciales de este proceso, cumpliendo así el objetivo de nuestro proyecto.

3.7 PROPUESTA DE DISEÑO

3.7.1 Aporte de la propuesta

Valor de la propuesta:

Esta solución está diseñada para cuidadores informales, ya que por lo general no tienen el tiempo o los recursos necesarios para una preparación que atienda a todos los requerimientos de cuidado. Por otra parte, la falta de organización y certeza incrementa los niveles de estrés, a su vez genera tedio en las

actividades. El proyecto desarrollado consiste en un gabinete que proporciona orden, mientras que al mismo tiempo brinda los recursos necesarios para desempeñar tareas imprescindibles durante la etapa inicial de la demencia en adultos mayores.

A diferencia de otros productos, esta propuesta busca generar un espacio amigable con el cuidador informal primerizo, porque atiende a inquietudes constantes de acuerdo con la experiencia de distintas personas que pasan por esta situación. Por ejemplo, el proporcionar guías gráficas con información concisa sobre traslado y manejos durante el progreso de la enfermedad, asegura una preparación adecuada sin necesidad de sobrecargar al usuario.

3.7.2 Uso

a. **Gabinete:** consiste en un producto diseñado para fijarse en un lugar dentro de la casa donde se desempeñan las principales tareas para el cuidado de adultos mayores con demencia, en la etapa inicial después del diagnóstico. Escuchando la experiencia de múltiples cuidadores informales, algunas de las actividades imprescindibles y complejas para ellos eran:

- La toma de medicamentos, por lo que el gabinete cuenta con un espacio para organizar la administración correcta del tratamiento para prevenir crisis y cualquier tipo de malestar físico/emocional del paciente con demencia. Cada espacio tiene un color de acuerdo al horario del fármaco (cada 6, 8, 12 y 24 horas).
- Atender caídas y accidentes súbitos ocasionados por el deterioro en áreas cerebrales, encargadas de la movilidad del adulto mayor con demencia. Para esta situación es específico, el gabinete ofrece material de

primeros auxilios básico para responder a la situación en el momento.

- Tener a la mano números de emergencia para el paciente con demencia. Con la finalidad de

satisfacer esta necesidad, la parte exterior del gabinete es un pizarrón para establecer recordatorios, además incluye cinco tramos de pizarrón blanco para pegar en diferentes secciones de la casa y mantener una comunicación continua de pendientes y observaciones, tanto para el cuidador como para el adulto mayor en la etapa inicial de la enfermedad.

b. **Manuales:** Otro factor importante, es la falta de preparación con información y consejos de cuidado al adquirir la responsabilidad. La transición y el reto que conlleva, en la mayoría de los casos, aparece súbitamente, lo cual no permite que el cuidador informal obtenga herramientas suficientes. Por esta razón, el producto incluye manuales explicativos:

- El primero con técnicas de apoyo (por ejemplo: levantamiento y movilización de pacientes)
- Otro con una introducción al cuidado, así como el modo de uso del kit de primeros auxilios en caso de caídas o heridas (descripción de contenido, por ejemplo: vendas; consejos y vendajes básicos)

Se realizó un diagrama de uso con la finalidad de tener un acercamiento a la interacción del usuario con el producto. Consta de una descripción gráfica de la obtención del producto y los componentes del mismo.

Diagrama de uso



Compra de producto en puntos de venta



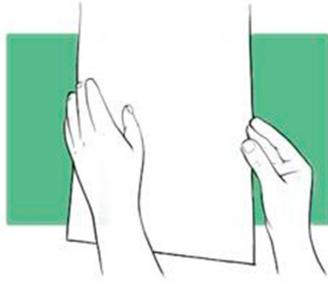
El cuidador abre el producto



Ingresa a las sesiones de capacitación con el folio del gabinete



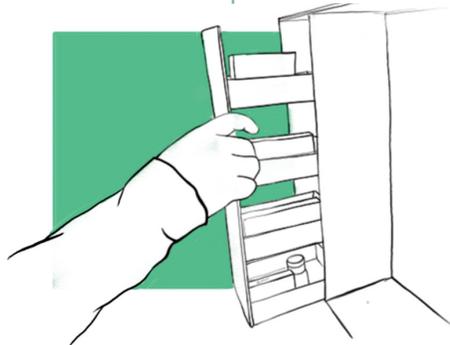
Coloca el producto en la pared a la altura indicada



Pega los pizarrones para recordatorios en su sala y cocina



Consulta el contenido de las capacitaciones en los manuales



Acomoda los medicamentos de su familiar de acuerdo a su horario



Marca en la bitácora semanal la toma de medicamento administrado

INTRODUCCIÓN AL CUIDADO.

Breve introducción al apoyo físico del adulto mayor.



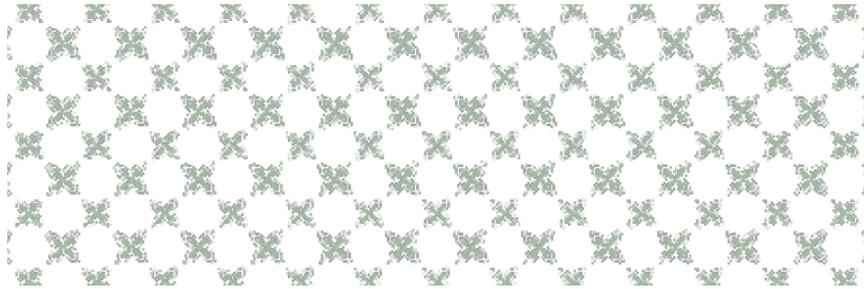
DEMAR



INDICE;

Introducción	4
Etapas	5
Principios básicos	7
Comunicación	7
Glosario	8
Altura de camilla o silla	9
Manejo seguro del adulto mayor	9
Postura correcta de quien asistirá	10
Factores a tomar en cuenta	10
Recomendaciones	11
Úlceras por presión	11
Postura correcta en sillas	11
Puntos sensibles a úlceras de presión	11
Acomodar postura sentado	12
Postura correcta acostado	12
Posición boca arriba	13
Posición de lado	14
Posición boca abajo	15
Cambio de postura boca arriba a medio lado	15
Incorporación en cama	16
Sentar al borde de la cama	16
De sentado a acostado boca arriba	17
Pasar de estar sentado a estar de pie	17
De la cama a la silla y viceversa	18
Acompañamiento en deambulación	19
Apoyo en escaleras	19
Actuar ante una caída	20
Posición lateral de seguridad	20
Para levantar a una persona del suelo	21
Cómo actuar ante una crisis emocional	22
Referencias	23





La demencia es una enfermedad progresiva, que muchas veces es diagnosticada cuando los síntomas están muy marcados, y el deterioro de la mente y el estado físico del adulto mayor puede llegar a ser bastante notorio; buscar ayuda puede ser intimidante y encontrar información que sea de ayuda puede llegar a ser complicado.

En este manual acercamos al cuidador a los movimientos, nombres e instrucciones básicos que suelen necesitar para ayudar al adulto mayor a hacer actividades cotidianas; de igual forma se definen algunos conceptos y se presentan tips para promover la investigación individual, así como el acercamiento a especialistas como geriatras y fisioterapeutas.

DEMAR

ETAPAS:

5

La demencia se va presentando poco a poco, aquí hay algunos síntomas o manifestaciones que puedes ir notando con el paso del tiempo, el proceso de la enfermedad dura varios años y muchas veces se detecta una vez que se presentan los síntomas más graves en cuanto a deterioro cognitivo y de memoria.

1ª ETAPA



2ª ETAPA



3ª ETAPA



Los espacios con color representan como va avanzando la enfermedad con el paso del tiempo.



La etapa inicial llega a durar un aproximado de 3 años

Se olvidan acontecimientos que sucedieron recientemente.

Se pierden al acudir a lugares a los que acudían de manera constante y salen de casa a deambular sin rumbo.

Su concentración disminuye y no son tan perceptibles a entorno y clima

La segunda etapa llega a durar desde 2 a 10 años

El deterioro de la memoria a largo plazo avanza poco a poco .

Suelen tener problemas con el habla y al crear oraciones que no eran notorios o no solían tener. _____

Pierden la capacidad de hacer cosas que ya sabían hacer; al igual que reconocer a personas conocidas, la dependencia del cuidador se vuelve cada vez más notoria.

Suelen repetir varias veces la misma acción y pueden llegar a volverse agresivos; pasando de estar conscientes a estar confusos en poco tiempo.

Durante la tercera etapa se pierde por completo la capacidad del habla, dejan de reconocer sus propios rostros, presentando graves y variados problemas de salud, en esta etapa la dependencia al cuidador se vuelve completa e inevitable.

Las alteraciones de conducta mas comunes son:



Constante
agitación.



Deambular sin
sentido.



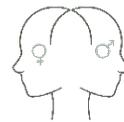
Mal humor y falta
de ganas.



Cambio en el
apetito y el sueño

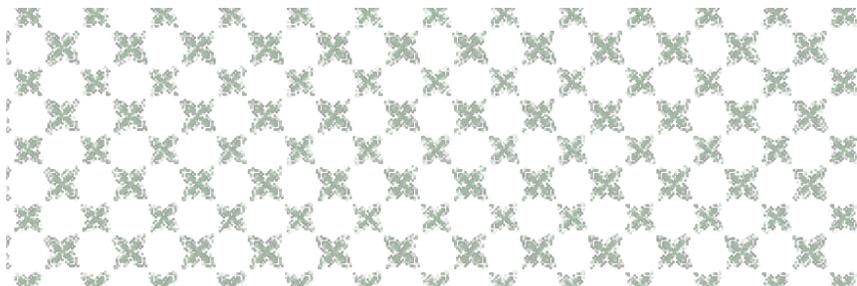


Posible agresividad
física y verbal



Cambio en
comportamientos
sexuales

DEMAR



PRINCIPIOS BÁSICOS:

Con el avance de la enfermedad, una de las cosas más visibles es el deterioro en las capacidades de movilidad. Para realizar o apoyar en la movilización o transferencia del adulto mayor hay técnicas y procesos que nos pueden ayudar a hacerlo de forma correcta.

Conocer estas técnicas previene posibles lesiones en ambas partes del cuidado.

COMUNICACIÓN:



Con la persona a asistir:

Dar indicaciones claras y precisas.

Se le invita a participar en medida de sus posibilidades

Con quien nos ayudara a realizar la técnica:

Preparar el entorno previamente.

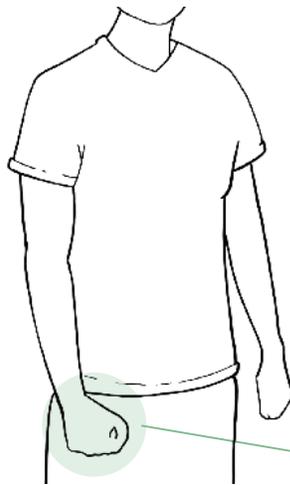
Ponerse de acuerdo sobre la técnica a realizar y coordinar tiempos.

GLOSARIO:

Bipedestación:	Posición en pie
Cognitivo:	Pertenciente o relativo al conocimiento.
Comunicación verbal:	Aquella que depende de los signos lingüísticos, es decir, cuando interviene el lenguaje.
Cuidador:	Persona que asiste a otra persona que necesita ayuda para cuidar de sí misma.
Deambular:	Andar, caminar sin dirección determinada.
Decúbito:	Cuerpo está echado de costado.
Demencia:	Deterioro progresivo de las facultades mentales que causa graves trastornos de conducta.
Estrés:	Tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves.
Geriatra:	Especialista en geriatría.
Movilización:	Acción y efecto de movilizar. (mover)
Sedestación:	Posición del cuerpo sentado.

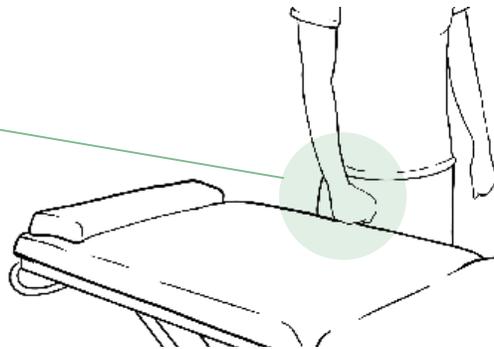
ALTURA DE CAMILLA O SILLA:

Para evitar lesiones al momento de realizar movimientos y técnicas, es importante tener una altura correcta en la zona trabajo.



Dejamos caer el brazo a lo largo del cuerpo con el puño cerrado

A la altura que quede el puño, es la altura idónea de la camilla o zona de trabajo.



Si no es posible modificar la altura de la zona de trabajo, al realizar las técnicas se debe flexionar ligeramente las rodillas y evitar la flexión de la espalda. Si es necesario, buscar las ayudas externas adecuadas

MANEJO SEGURO DEL ADULTO MAYOR:

Aproximar lo más posible al cuerpo.

La superficie de agarre debe de ser lo mas amplia posible.

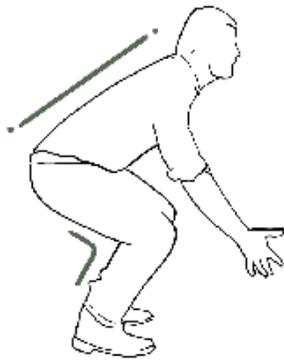
La persona que asiste debe de usar el contrapeso de su cuerpo al realizar la acción.

Evitar hacer presión con las yemas de los dedos.

DEMAR

POSTURA CORRECTA DE QUIÉN ASISTIRÁ:

Mantener espalda recta y las rodillas flexionadas.

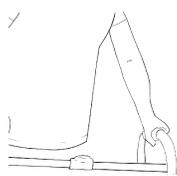


Estabilizar la pelvis:
Contraer los glúteos y abdominales.

Evitar rotaciones y flexiones de la columna.

Al momento de realizar movilizaciones o traslados, colocar los pies ligeramente separados; uno de ellos dirigido a la zona donde se realizara la acción y el otro en el punto de origen.

FACTORES A TOMAR EN CUENTA:



Inmovilidad



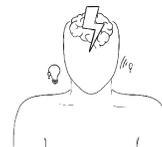
Sudoración



Humedad



Roces con textiles



Presión y aumento de sensibilidad

DEMAR

RECOMENDACIONES:



Mantenga la piel limpia y seca.



Cambie de posición cada dos horas.



Utilice almohadas y productos que alivien la presión.

ÚLCERAS POR PRESIÓN:

Las úlceras por presión son lesiones comunes en adultos mayores con problemas de movilidad.

Se encuentran en la piel y son causa de largos periodos en la misma posición, causando presión en zonas vulnerables. Estas son aquellas en las que el hueso está más cerca de la piel.

POSTURA CORRECTA EN SILLAS:

Espalda Recta

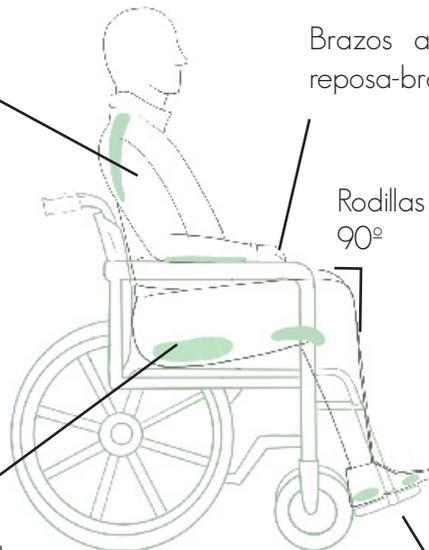
Brazos apoyados en reposa-brazos.

Espalda apoyada en

Rodillas y cadera a 90°

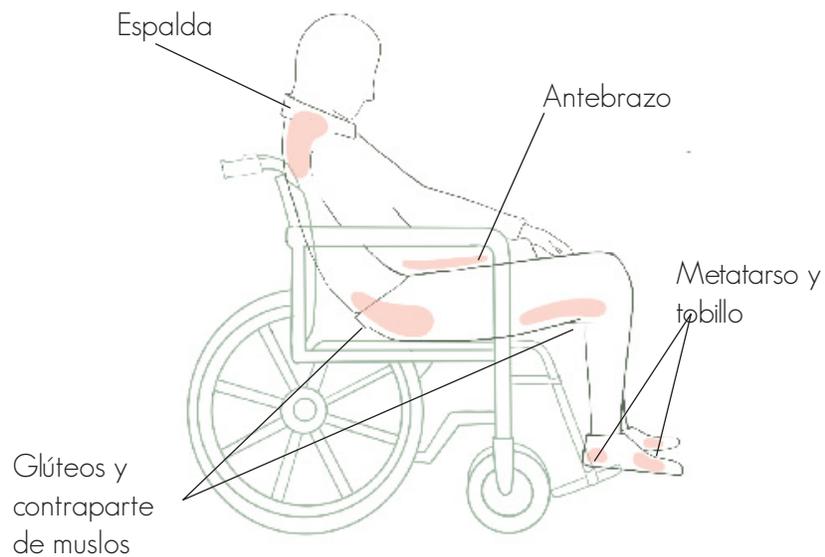
Gluteos al fondo del asiento.

Pies apoyados sobre reposa-pies.



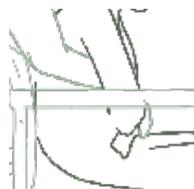
DEMAR

PUNTOS SENSIBLES A ULCERAS DE PRESION:

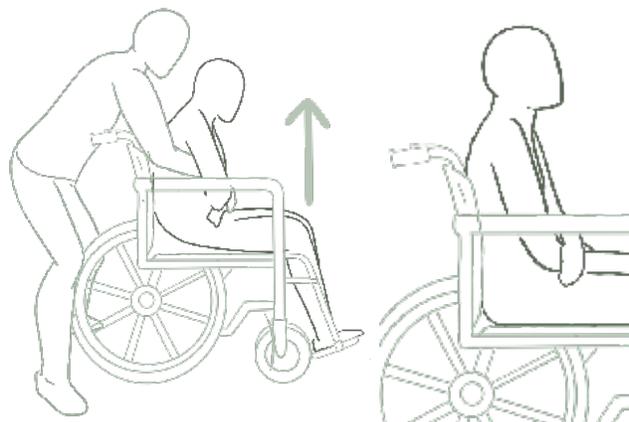


ACOMODAR POSTURA SENTADO:

Colocar los pies del adulto mayor sobre los respectivos descansos de no contar con descansos, asegurarse de que sus piernas estén rectas y apoyadas en el suelo.



Cruzamos sus brazos sobre su pecho.



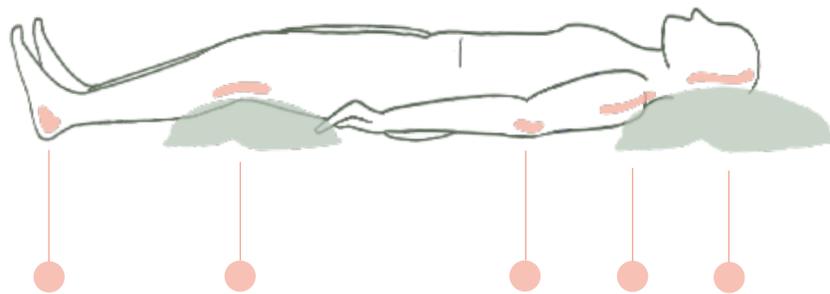
Colocamos nuestros brazos bajo sus axilas y jalamos hacia arriba, acomodando su espalda y glúteos.

DEMAR

POSTURA CORRECTA ACOSTADO:

POSICIÓN BOCA ARRIBA

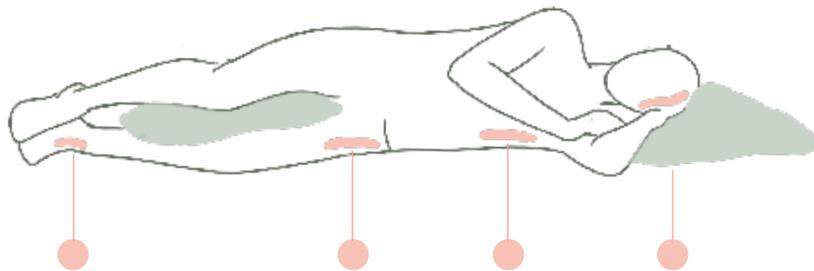
Intentar estar lo más alineado posible, de cabeza a punta de los pies; colocar una almohada o cojín debajo de cabeza y rodillas.



Tomar en cuenta que las zonas vulnerables a úlceras por presión son: talones, parte posterior de las rodillas, codos, escápulas y parte posterior de la cabeza

POSICIÓN DE LADO

Lo más alineada posible de cabeza a punta de los pies; la pierna de abajo debe estar extendida y la de arriba debe de estar flexionada, colocar una almohada o cojín entre ambas piernas



Tomar en cuenta que las zonas vulnerables a úlceras por presión es: el arte externa del talón, cadera, costillas y parte posterior de la cabeza.

DEMAR

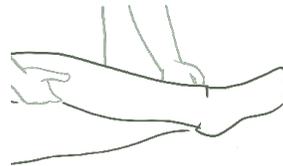
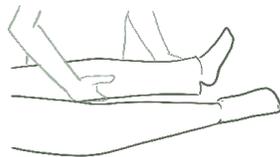
POSICIÓN DE BOCA ABAJO

Esta postura no es recomendable, pero en caso de usarla se debe colocar una almohada bajo las piernas y otra bajo la pelvis, con los brazos libres hacia adelante



CAMBIO DE POSTURA BOCA ARRIBA A MEDIO LADO.

Pedir al adulto mayor que doble la rodilla que quedara arriba, sobre su otra pierna; si no puede, el cuidador debe ayudarlo colocándola suavemente.



Colocar una mano detrás del hombro y la otra sobre la cadera; en el lado contrario al que se girara.



Mover sin presionar, el hombro y la cadera al mismo tiempo; atrayéndolos hacia usted hasta colocarlo de lado.

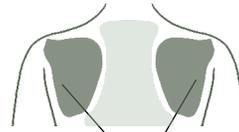


Para realizar la vuelta pueden ayudar de sábanas deslizantes; colocándolas debajo del adulto mayor y con ayuda de otro cuidador; deslizar suavemente hasta su costado.

DEMAR

INCORPORACIÓN EN CAMA:

El cuidador sujeta firmemente el codo del adulto mayor, sin presionar, coloca la mano entre las escápulas y pone su pierna flexionada en detras del adulto mayor



escápulas

Levantar utilizando la fuerza de la pierna flexionada y con apoyo de la mano en la espalda.



SENTAR AL BORDE DE LA CAMA:

Realizar el movimiento anterior y colocar al adulto mayor lo más cerca del borde de la cama.

Colocar un el brazo a la altura de las escápulas y el otro detrás de las rodillas, sosteniendo las piernas



Con las piernas semi flexionadas, el cuidador comenzará a incorporar al adulto mayor, girando su cuerpo hacia el frente.



De ser posible, pedir al adulto mayor que se ayude suavemente incorporándose en una mano; apoyar los movimientos hasta que se encuentre en una posición estable.



DEMAR



Esta técnica es comúnmente conocida como “la maniobra de giro”; puedes encontrar la variación que más se acomode a ti.

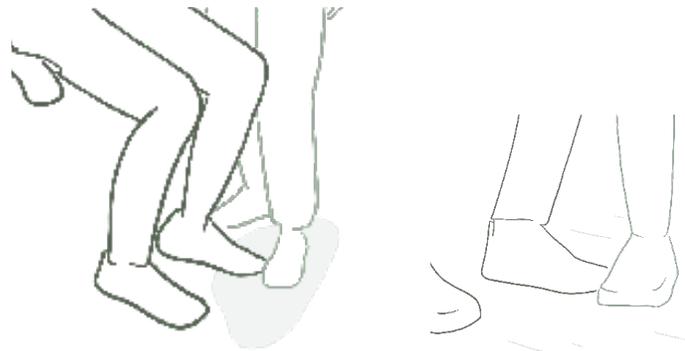
DE SENTADO A ACOSTADO BOCA ARRIBA:

Para el apoyo al momento de acostar a alguien; se debe realizar “la maniobra de giro”; comenzando por sentar al adulto mayor al borde de la cama

Colocando una mano entre las escápulas y la otra sosteniendo las rodillas y girando hasta que esté recostado, posteriormente acomodar piernas y colocar alivio en los puntos de presión.

PASAR DE ESTAR SENTADO A ESTAR DE PIE:

Sentar al adulto mayor en la orilla de la cama con los pies separados. Nos colocamos del lado en el que el adulto mayor necesite más apoyo; Con nuestra pierna le bloquearemos la rodilla para que no resbale o se flexionen.



Suavemente agarramos el brazo por el codo y el hombro y nos coordinaremos para el adulto mayor para levantarlo.

DEMAR



En caso de que no pueda apoyarse con su otro brazo; pediremos que rodee nuestra espalda con los brazos y apoye su tronco en el nuestro

El cuidador colocara los brazos por debajo de sus axilas; alrededor del torso.

DE LA CAMA A LA SILLA Y VICEVERSA.

La silla debe estar lista a un lado de la cama.



Mantener las piernas flexionadas y colocar una rodilla entre las rodillas del adulto mayor para evitar que sus rodillas se flexionen o resbalen.

Acercar el peso máximo del adulto mayor, sobre nuestro peso máximo y girar con la espalda recta hacia la silla.



Apoyar al adulto mayor mientras se sienta



Si el adulto mayor es completamente dependiente, la técnica se debe llevar a cabo entre dos personas apoyando las manos sobre la cama y los hombros bajo la axila del adulto mayor.

DEMAR

ACOMPañAMIENTO EN DEAMBULACIÓN:

El movimiento de caminar se ve afectado por factores como el equilibrio y la locomoción, esto, se refiere a la capacidad de iniciar y movimiento y mantenerlo.

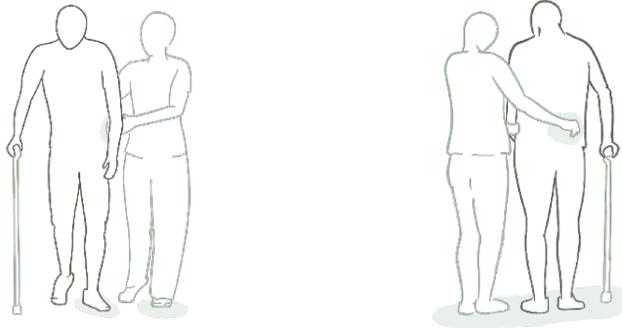
Estos problemas son normalmente causados por la pérdida de fuerza muscular; la pérdida de visión y los problemas respiratorios o en algunos casos cardiovasculares.

Apoyos técnicos para deambular:

Acudir con un especialista para que nos hable sobre el mejor apoyo externo para nuestra situación, se busca que sea de fácil manejo, y que ofrenda seguridad durante los momentos en los que es utilizado.

APOYO FÍSICO:

Para empezar, ambos deben pararse con una pierna ligeramente delante de la otra y el adulto mayor debe inclinar la pelvis ligeramente hacia abajo; el movimiento se realiza apoyando primero el talón y posteriormente los dedos.



Colocarse del lado que requiera más apoyo; sujetando con ambas manos una mano sosteniendo su mano no dominante y la otra rodeando la cintura, coordinando los pasos de ambos.



Es importante mantener una motivación verbal durante el apoyo de un lugar a otro.

DEMAR

APOYO EN ESCALERAS:

Para el apoyo en escaleras, la persona que brindará el apoyo se colocará un lado del adulto mayor, si es necesario el adulto mayor debe sostenerse con su otra mano en el pasamanos.

Para subir, primero se mueve la pierna con más fuerza y para bajar se mueve primero la más debilitada; bajando un peldaño a la vez.



En caso de no haber a un lado del adulto mayor, colocarse detrás y sostener con ambas manos su espalda.

ACTUAR ANTE UNA CAÍDA:

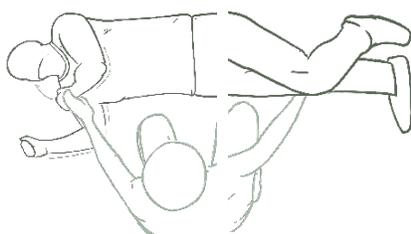
A pesar de los sentimientos que surgen al momento; es importante que de haber una caída, el cuidador o acompañante se mantenga tranquilo e intente expresar seguridad; manteniendo esta calma mientras ayuda al adulto mayor.

NO MOVER SI:

- El adulto mayor se encuentra inconsciente.
- Vemos alguna deformidad llamativa.
- No sostener por los brazos para movilizar.

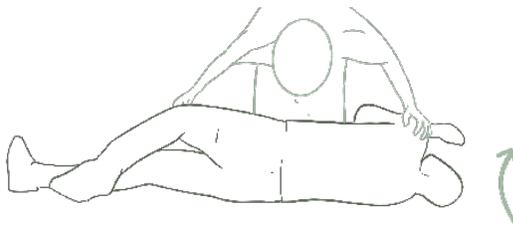
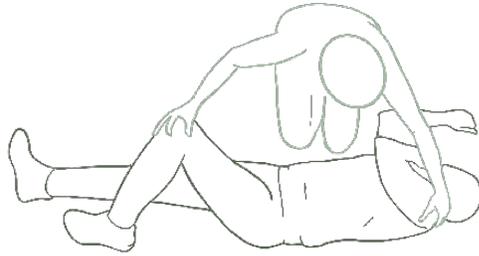
POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD:

La posición lateral de seguridad se usa cuando alguien inconsciente con respiración y pulso necesita recuperación. Permite valorar la respiración, y evita la asfixia en caso de vómito o con su propia lengua.



Sujeta la rodilla levantada y el hombro del brazo cruzado y jala suavemente hacia ti hasta que quede viendo hacia ti.

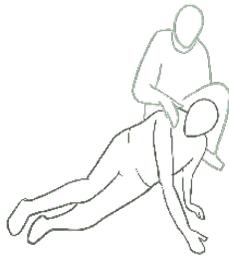
DEMAR



Inclina la cabeza hacia atrás y eleva el mentón, manteniendo las vías respiratorias abiertas.

PARA LEVANTAR A UNA PERSONA DEL SUELO:

Al momento de levantar a un adulto mayor, se recomienda el uso de sillas estables. Colocando una del lado de la cabeza, y una del lado de los pies.



Apoyamos al adulto mayor para que incorpore el tronco, empujando suavemente por los hombros

Usando la silla de apoyo; ayudamos al adulto mayor a incorporarse; empezando por la pierna más fuerte, usando la fuerza de brazos y piernas.



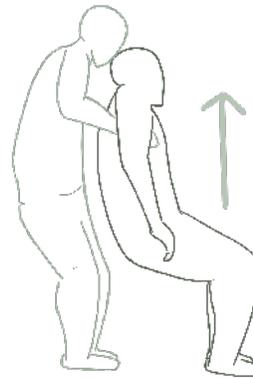
DEMAR

Si les resulta difícil la técnica anterior, nos colocamos en su espalda, con nuestras rodillas en sus escápulas; acercándonos su cuerpo a nuestros muslos.



Colocamos nuestros brazos debajo de sus axilas.

Flexionamos ambas rodillas; y sin doblar nuestra espalda, empujamos hacia arriba



Después de una caída es importante sentar al adulto mayor y realizar un chequeo médico para descartar cualquier herida que pueda presentar un riesgo mayor.

COMO ACTUAR ANTE UNA CRISIS EMOCIONAL:

Las crisis emocionales o de carácter son un síntoma de la demencia que puede presentarse desde las primeras etapas de la enfermedad; es importante acercarse a un profesional para hablar de nuestro caso en específico.

Como cuidador no hay que olvidar hablar con especialistas, amigos y familia, acerca de los efectos que estas crisis tienen sobre nosotros y encontrar el mejor acercamiento hacia nuestra situación personal.

Proporcionar comunicación verbal, dándole espacio al adulto mayor. Preguntar si puede ayudarlo en algo, preguntarle si tiene tiempo para usted o para realizar la actividad; recordarle que todo está bajo control, y hágale saber al adulto mayor que se quedara con él hasta que se sienta mejor.

Es importante escuchar las frustraciones y si es posible, hacer mejoras en los posibles factores de estrés a los que esté reaccionando, mejorando o transformando su entorno dentro de las posibilidades.

Brindar consuelo en medida de lo posible y sin hostigar al adulto mayor, recordándole que se encuentra a salvo y diciéndole que lamentamos que se sienta molesto o asustado

Muchos adultos mayores tienen gustos especiales en cuanto a música, arte, jardinería y otras actividades cognitivas; encontrar una actividad con la cual el adulto mayor pueda canalizar su energía es de gran ayuda.

A pesar de que puede ser un aspecto muy difícil, es importante mantener la calma, no alzar la voz e intentar no contradecir al adulto mayor en sus momentos de confusión, evitando discusiones o sentimientos de acorralamiento.

Por último; es inevitable mencionar la importancia de acudir con un médico para hablar sobre la actitud de nuestro adulto mayor, posibles reacciones secundarias a medicamentos o posibles medicamentos que pueden ayudar a reducir las crisis de carácter.

No olvides cuidar física y emocionalmente de ti; hoy en día puedes encontrar ejercicios de relajamiento muscular en plataformas como YouTube y grupos de Facebook como DEMAR; encontrar soluciones que se adecuen a tu estilo de vida y recursos emocionales.

Cuidar de ti, también es cuidar de tus seres queridos.

REFERENCIAS:

- ACC New Zealand (2017). ACC New Zealand: Helping your patient go from sitting to standing with one carer. [Archivo de Vídeo]. Youtube. <https://youtu.be/UjfSwEQoe2c>
- Alzheimer's Association (Sin año). Ansiedad y agitación. Recuperado de: <https://www.alz.org/ayuda-y-apoyo/cuidado/comportamientos/ansiedad-y-agitacion?lang-es-MX>
- Clinical Excellence Commission. (2021) Sit to Stand. [Archivo de Vídeo]. Youtube. <https://youtu.be/5aveve6g-RA>
- ComfortKeepers TraverseCity (2013). How to Safely Help Someone Up From a Fall. [Archivo de Vídeo]. Youtube. <https://youtu.be/JEo9WQmsYdY>
- Comunicación verbal y no verbal. (sin año). Concepto. Recuperado de: <https://concepto.de/comunicacion-verbal-y-no-verbal/>
- CRE Alzheimer Salamanca (2015). Pasar a una persona con alzhéimer de una silla a la cama. [Archivo de Vídeo]. Youtube. <https://youtu.be/5ajInDwTYbO>
- Cruz Roja Bizkaia (2017). 3. Posición Lateral de Seguridad (PLS). [Archivo de Vídeo]. Youtube. <https://youtu.be/gbsgMjHlQ>
- DAE Formación (2012) Ayudas técnicas para la deambulación de la persona anciana. DAE información. Recuperado de: <https://daeformacion.com/ayudas-tecnicas-para-deambulacion-persona-anciana/>
- Definiciones de: Real Academia Española, 2022.
- Divulgación Dinámica Formación. (2016). MOVILIZACIÓN, TRASLADO Y DEAMBULACIÓN. Divulgación dinámica. Recuperado de: <https://campus.divulgaciondinamica.es/manuales/307.2014wrvuo.pdf>
- Enciclopedia Concepto.(sin año).
- Federación ASPACE Andalucía (2019). Control postural, transferencias y movilizaciones. [Archivo de Vídeo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=i4k6ewSXwCM&t=500s>
- Fundació Pere Tarrés (2016). Técnicas de movilización: De sedestación a decúbito supino. [Archivo de Vídeo]. Youtube. <https://youtu.be/rj3DNGtOuFO>
- Hospital Clínic de Barcelona (2014). Cuidando al cuidador - 8: La movilización en las personas mayores. Paso a paso. [Archivo de Vídeo]. Youtube. <https://youtu.be/gLL9EGBxD7E>
- infogerontologia.com (2016). Técnicas de movilización y transferencias de pacientes. FREMAP MUTUA. [Archivo de Vídeo]. Youtube. <https://youtu.be/JSWV9sMWjuw>
- Marlene Maciel (2012). Ergonomia levantar a una persona del suelo con escasa movilidad.swf. [Archivo de Vídeo]. Youtube. <https://youtu.be/DN8RvNEw2EM>
- neurorhbtv (2013). Marcha asistida del paciente hemipléjico y marcha dirigida. [Archivo de Vídeo]. Youtube. <https://youtu.be/P2PcMcE7VEO>
- OsakidetzaEJGV (2012). (9- 12) Cómo ayudarlo en la bipedestación y marcha. [Archivo de Vídeo]. Youtube. <https://youtu.be/8F6FH6YfE>
- Sin autor. (2016) Técnicas De Deambulación. Enfermería en cuidados críticos, pediátricos y Neonatales. Recuperado de: <https://ajibarra.org/D/post/tecnicasdedeambulacion/>
- Sin autor. (2020) Cómo levantar a una persona mayor del suelo. Atenzia. Recuperado de: <https://teleasistencia.es/es/blog/informacion/como-levantar-a-una-persona-mayor-del-suelo>
- Visi Serrano (2020) Colaboración en la movilización, traslado y deambulación de los usuarios. Blog. Recuperado de: <https://psicosociosanitario.blogspot.com/2020/03/colaboracion-en-la-movilizacion.html>

MANUAL DE USO

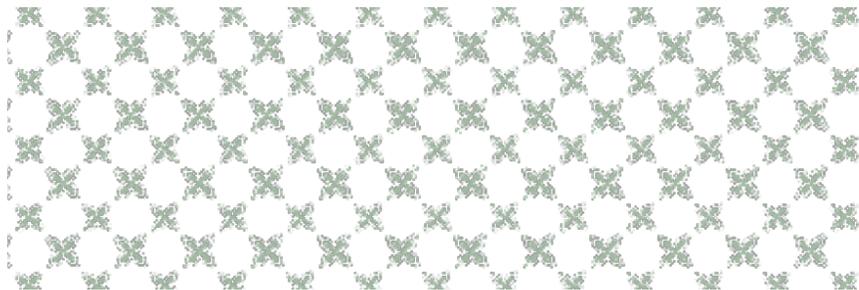


GABINETE



INDICE;

Saludo	1
Nuestra Comunidad	2
Tu gabinete	3
En el espacio de la puerta	5
Dentro del gabinete	6
Vendas y casas	7
Vendajes comunes	8
Consejos	9
Referencias	10

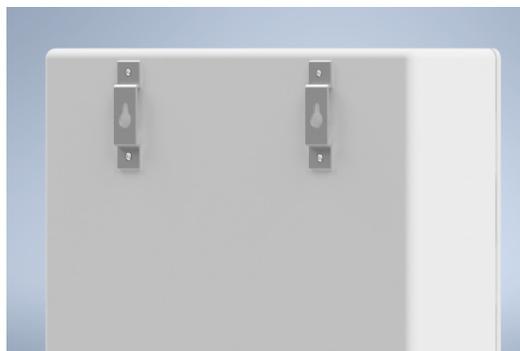
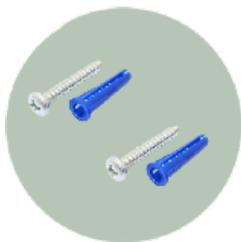


HOLA!

Muchas gracias por confiar en DEMAR.

En este manual te ayudaremos a ocupar de la manera más productiva tu gabinete, buscamos proporcionar una base para el orden y registro del cuidado del adulto mayor que te acompañe a lo largo de los primeros años de esta enfermedad.

Al abrir la caja la caja de tu producto encontrarás tu gabinete DEMAR, de igual manera encontrarás una bolsita con los tornillos y sujetadores que usarás para colgarlo en la parte del hogar que encuentres más conveniente.



DEMAR

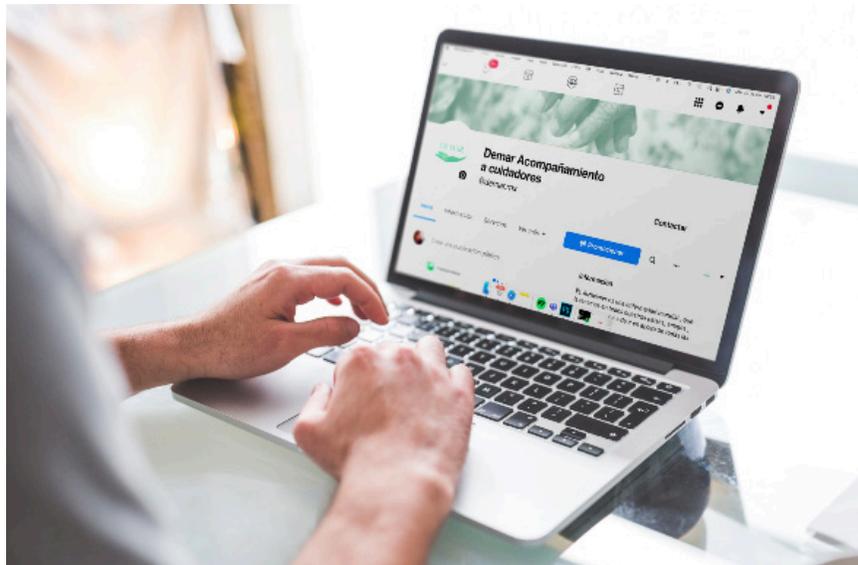


NUESTRA COMUNIDAD:

En la parte de arriba de tu paquete encontrarás un folio, el cual podrás ingresar a nuestro grupo privado de facebook.

El cual, cuenta con información proporcionada por expertos y tutoriales especializados los cuales te resultarán muy útiles durante el cuidado del adulto mayor.

- 1** Busca en facebook nuestro grupo "DEMAR Acompañamiento para cuidadores" 
- 2** Pide acceso a nuestro grupo privado, al apretar el botón para unirte; se te solicitará el folio proporcionado.
- 3** Espera nuestra pronta respuesta y forma parte de esta comunidad dedicada a cuidar de ti y de otros.



Dentro del grupo, podrás formar parte de nuestra comunidad de cuidadores, compartiendo experiencias y buscando apoyo y consejos de otros cuidadores primarios o experimentados.

TU GABINETE:

Tu gabinete cuenta con dos secciones.



En el cajón delgado, encontrarás un espacio para organizar tus medicamentos.

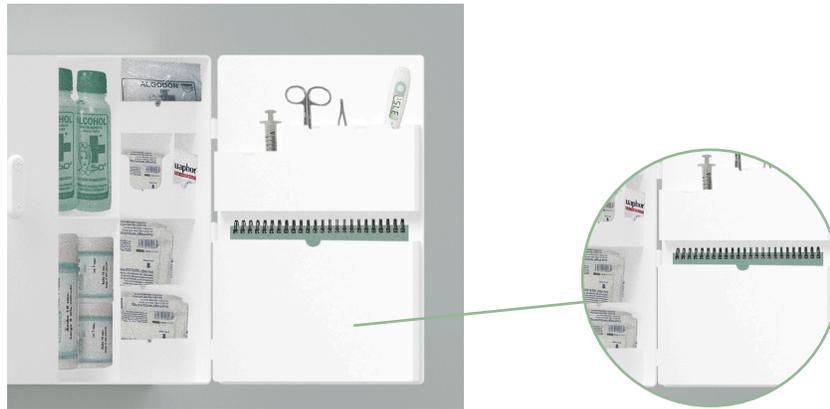


Te invitamos a usar las secciones para tus medicamentos separados por el horario de ingesta los más comunes suelen ser cada **6 - 8 - 12 Y 24 HORAS**



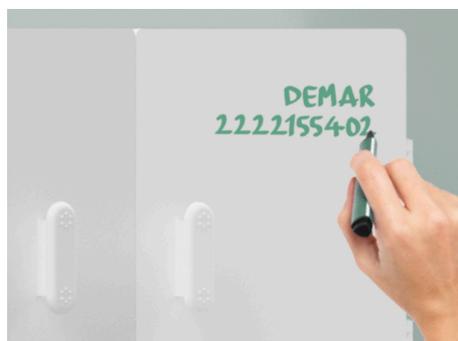
Al abrir la parte amplia de tu gabinete encontraras un botiquín

En la puerta encontrarás un espacio con un manual de movilización, en ese mismo espacio puedes guardar este manual mientras no haces uso de él; a continuación te contaremos los elementos con los que cuenta tu manual:



En el exterior de tu gabinete encontrarás del lado izquierdo un espacio para poner el marcador que viene dentro del botiquín de tu gabinete; el exterior está cubierto por papel pizarrón y podrás colocar tu bitácora de medicamentos; manteniendo un registro de sus medicamentos y especificaciones de dosis.

Dentro del botiquín encontrarás estampas pizarrón tamaño carta, las cuales puedes pegar en distintas partes de tu casa, dejando recados, instrucciones, recordatorios, mensajes positivos, reforzando la comunicación con el adulto mayor, aún cuando no puedes estar ahí.



DEMAR



EN EL ESPACIO DE LA PUERTA:



1

CINTA MICROPORE: Se usa para asegurar vendajes, gasas o para curar cicatrizaciones de baja gravedad.



3

PINZAS: Las pinzas se utilizan para sostener cosas con mayor precisión; como cintas, gasas, etc.



2

TERMÓMETRO: Instrumento base para conocer la temperatura del adulto mayor. La temperatura corporal "normal" va de los 36.1° y los 37.2°



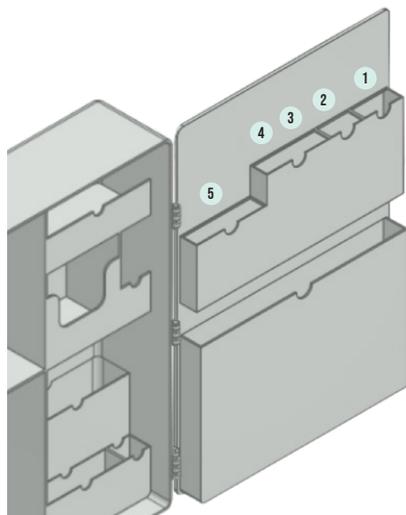
4

TIJERAS: Utilizado para cortar gasas, cintas, vendas, o cualquier otro objeto que lo requiera en el proceso del cuidado.



5

JERINGAS MEDIDORAS: estas jeringas son utilizadas para administrar dosis de medicamentos en pequeña cantidad.



DEMAR



Recuerda que el uso de estos productos debe ser con las manos limpias y un área lo mas higiénica y ordenada posible.

DENTRO DE TU GABINETE ENCONTRARAS:



6

ALGODÓN: Usado para las partes del cuerpo que no están heridas y para humedecerlo con antisépticos; también, puedes usarlo con tus gasas para proteger heridas en recuperación.



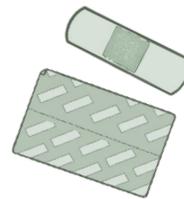
7

GUANTES: Utilizados por aquel que atenderá al herido, para evitar infecciones y por seguridad de ambos.



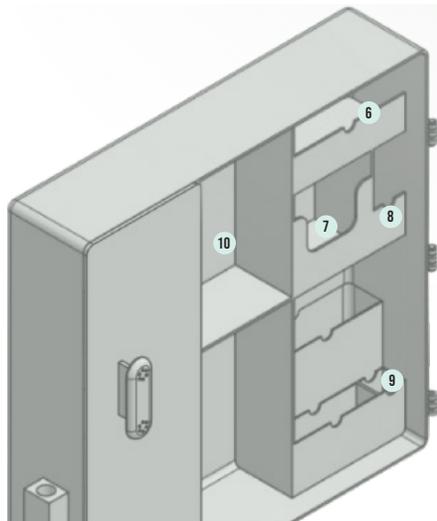
8

POMADAS: Para golpes o quemaduras; ayudan a aliviar el dolor y malestar de pequeños accidentes.



9

CURITAS: Nos ayudan a encargarnos de cortaduras o raspones de baja gravedad, se colocan sobre la herida limpia y seca y apoyan a la prevención de infecciones.



DEMAR

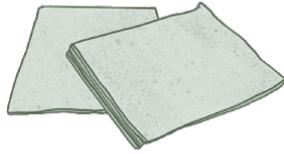


10

ALCOHOL: Antiséptico, se usa para desinfectar pequeñas heridas o raspaduras; se coloca humedeciendo un pedazo de algodón y pasando suavemente por la herida.



VENDAS Y GASAS:

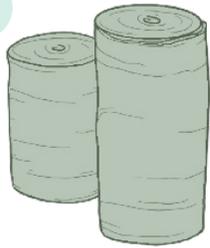


12

Tu gabinete cuenta con dos medidas de gasa; una de 10 x 10 cm y otra de 7.5 x 5 cm.

Las gasas sirven para cubrir heridas una vez que hayan sido lavadas y desinfectadas. Siempre, entre la herida y la venda, debe existir una gasa para protección.

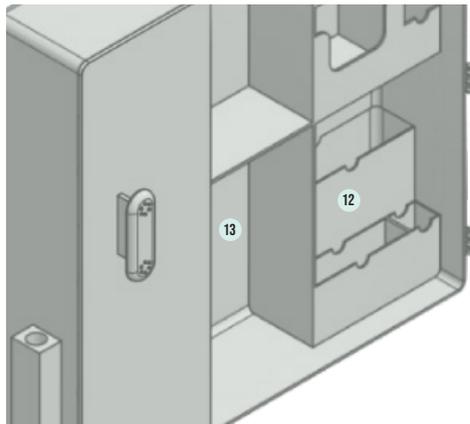
13



Tu gabinete cuenta con dos medidas de gasa; una de 10 x 10 cm y otra de 7.5 x 5 cm

Las gasas sirven para cubrir heridas una vez que hayan sido lavadas y desinfectadas. Siempre, entre la herida y la venda, debe existir una gasa para protección.

Encontrarás dos vendas, una cuenta con un grosor de 15 cm y otra con un grosor de 7.5 cm, las vendas tienen diferentes usos, se pueden utilizar para proteger y sujetar otras vendas y curaciones, una venda de compresión sirve para evitar el flujo de sangre y evitar las inflamaciones; por último se utilizan para inmovilizar heridas.



DEMAR

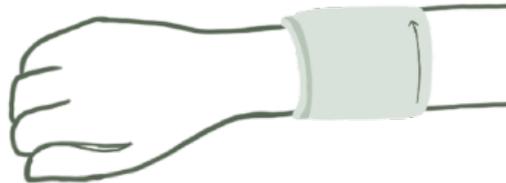
A CONTINUACIÓN TE EXPLICAREMOS ALGUNOS VENDAJES COMUNES:



Se debe elegir el vendaje y tamaño adecuado, trabajar con las manos limpias.

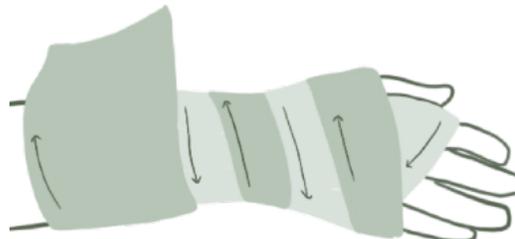
VENDAJE CIRCULAR:

Se usa comúnmente para partes cilíndricas, ej: muñecas brazos, etc. cada vuelta cubre por completo la vuelta anterior, se usa para proteger o sujetar curaciones.



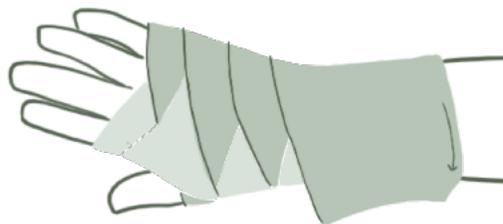
VENDAJE EN ESPIRAL:

Se usa para áreas del mismo perímetro, es decir; amplias partes del brazo y piernas; cada vuelta, cubre la vena de la vuelta anterior por la mitad o dos tercios, se usa para comprimir o proteger.



VENDAJE DE ESPIGA:

Se usa en partes del cuerpo no uniforme; se realiza como el vendaje en espiral pero vamos moviendo la vena en forma de 8, tapando dos tercios de la vuelta anterior.

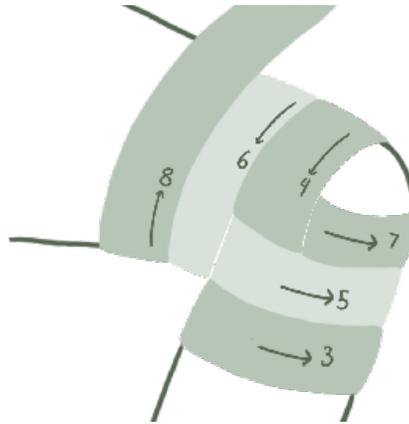


DEMAR



VENDAJE EN OCHO:

Se utiliza para vendar articulaciones; se empieza por dos vueltas debajo de la articulación, posteriormente se pasa por arriba de la articulación, y de nuevo por debajo; simulando la forma de un 8, su función es sujetar o comprimir.

**CONSEJOS:**

- No cubrir heridas abiertas directamente.
- Retirar cualquier joya u objeto de debajo de la venda.
- En caso de utilizar ungüento, colocar una gasa para evitar contaminar la venda.
- En caso de utilizar ungüento, colocar una gasa para evitar contaminar la venda.
- No colocar la venda demasiado presionada o demasiado floja, ambos casos pueden afectar la herida o la extremidad.
- La vuelta ascendente es la que presiona y la descendente es suave.



¡Consulta nuestra página de facebook para más consejos, técnicas y formar parte de nuestra comunidad de cuidado

NO OLVIDES QUE CUIDAR DE TI, ES CUIDAR DE TUS SERES QUERIDOS.

DEMAR

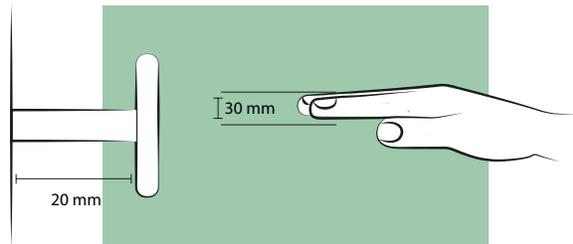
REFERENCIAS:

urgencias y emergencias. Recuperado de: http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2007/octubre/vendajes.htm

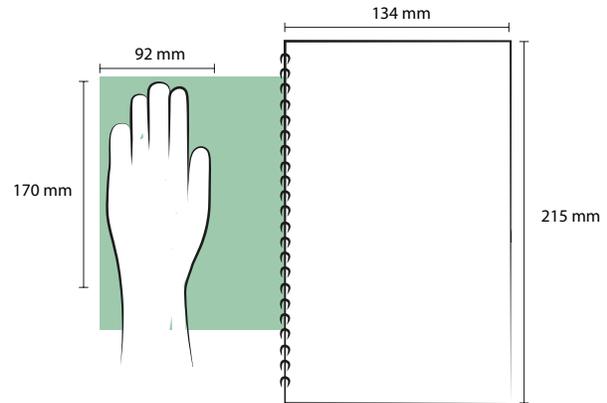
Dr. Daniel Pinchón. (Sin año). Prixz. Recuperado de: <https://prixz.com/salud/micropore-que-es-y-para-que-sirve/>

Diagrama ergonómico

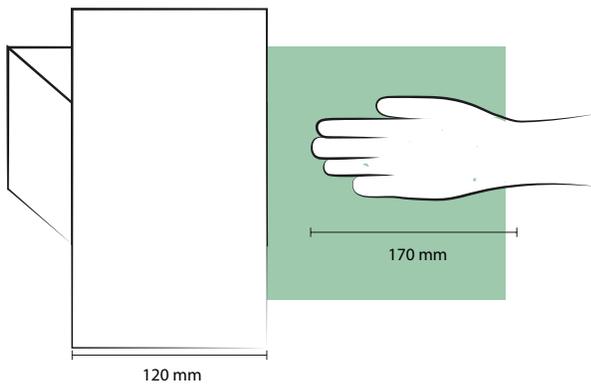
Manija



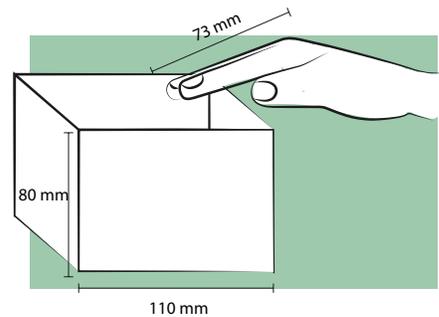
Manual



Área de medicamentos



Cajones del área de medicamentos



Unidades: milímetros
Percentil: 50 (18 a 65 años)

Imágen de autoría propia

El producto está diseñado a partir del percentil 50 que viene en el libro Dimensiones antropométricas de la población latinoamericana: México, Cuba, Colombia, Chile de Rosalio Ávila, Lilia Prado y Elvia Gonzales, en lo cual nos marca las medidas adecuadas para que el producto pueda ser usado por la población mexicana.

En la profundidad de la manija se tomó en cuenta 20 mm a pesar de que el ancho en el percentil 50 es de

30 mm ya que se desea que sólo se metan las puntas de los dedos para abrir las puertas del producto.

Respecto al manual se escogió un tamaño (134 mm de ancho y 215 mm de alto) para que entrara en la palma de la mano sin problema, así mismo fuera fácil de manipular.

En el área de medicamentos se tomó a consideración el largo de la mano ya que se tendrá que utilizar para

poder abrir el cajón la puerta del área de medicamentos de 120 mm. De igual forma en el área de medicamentos se pensó en la altura máxima teniendo en cuenta el tamaño de los dedos que es de 73 mm por si es necesario meterlos completos por alguna necesidad.

3.7.3 Función / Estructura

Render en contexto



Imagen de autoría propia



Imagen de autoría propia

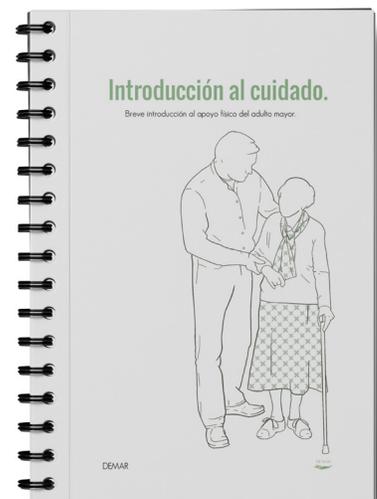
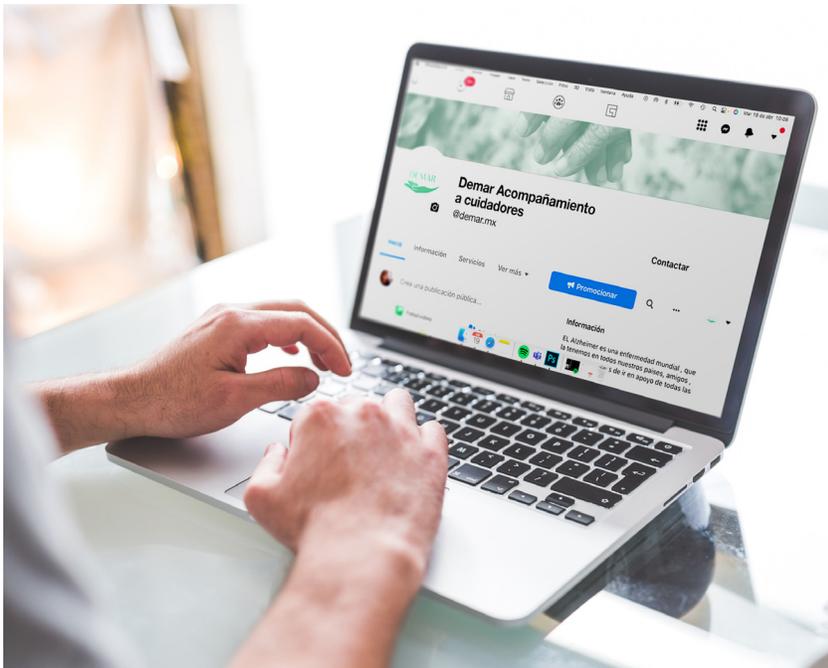


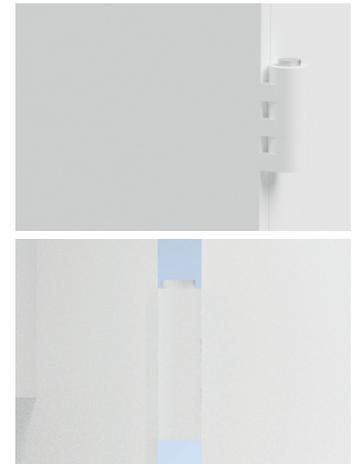
Imagen de autoría propia

Diagrama de funcionamiento

El usuario coloca dos tornillos en la pared y por medio de sujetadores que forman parte del gabinete, lo sujetan en el área que más les convenga.



La apertura y cierre de la puerta grande es facilitada por medio de bisagras incluidas en el molde inicial.



En las esquinas, entre las puertas y el gabinete, se encuentra una delgada cinta magnética, que permite que la puerta se mantenga cerrada.



Los cajones abren y cierran por medio de un sistema de rieles sencillo parte del molde inicial.

Imagen de autoría propia

Elementos de interfaz

Planos Generales

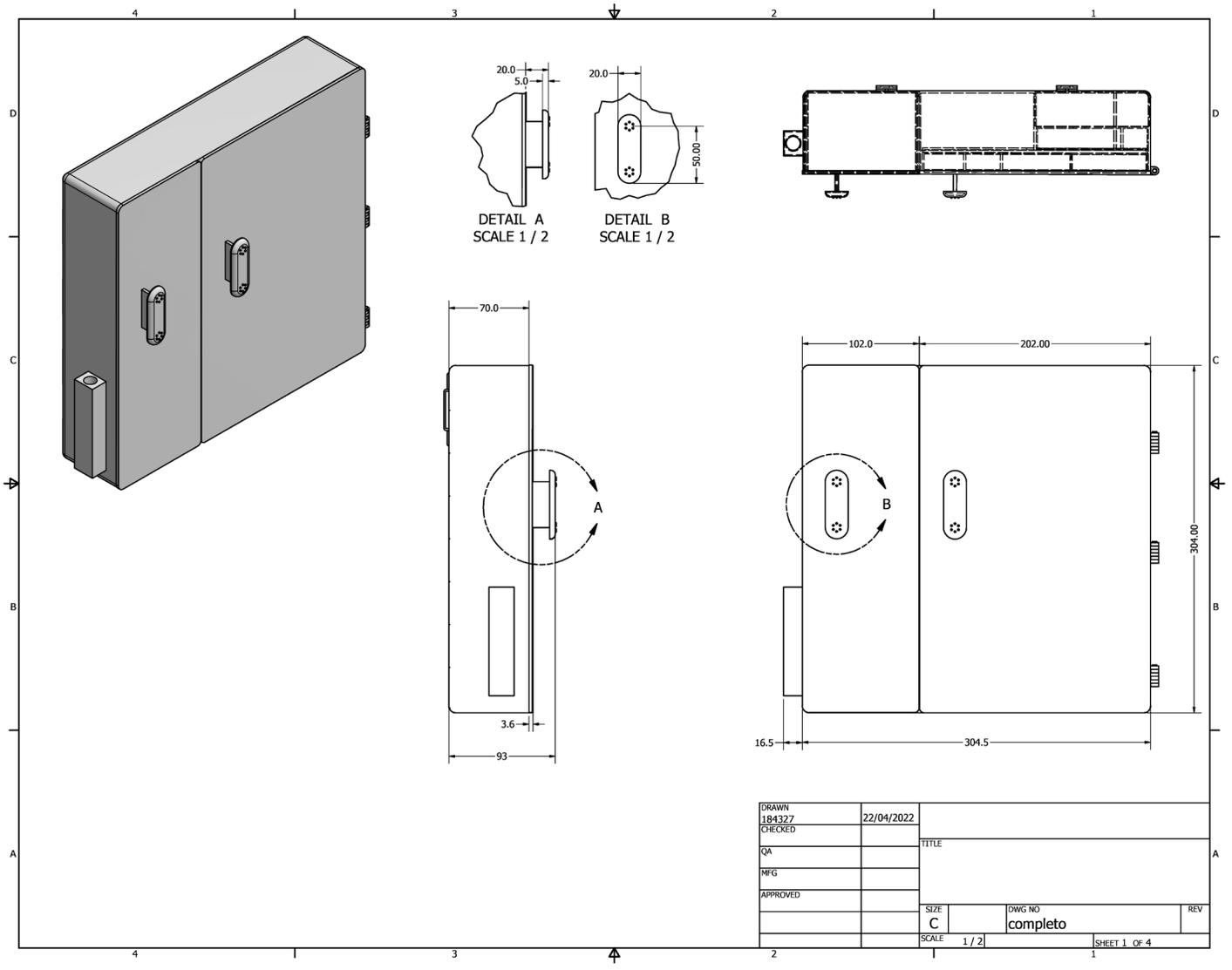
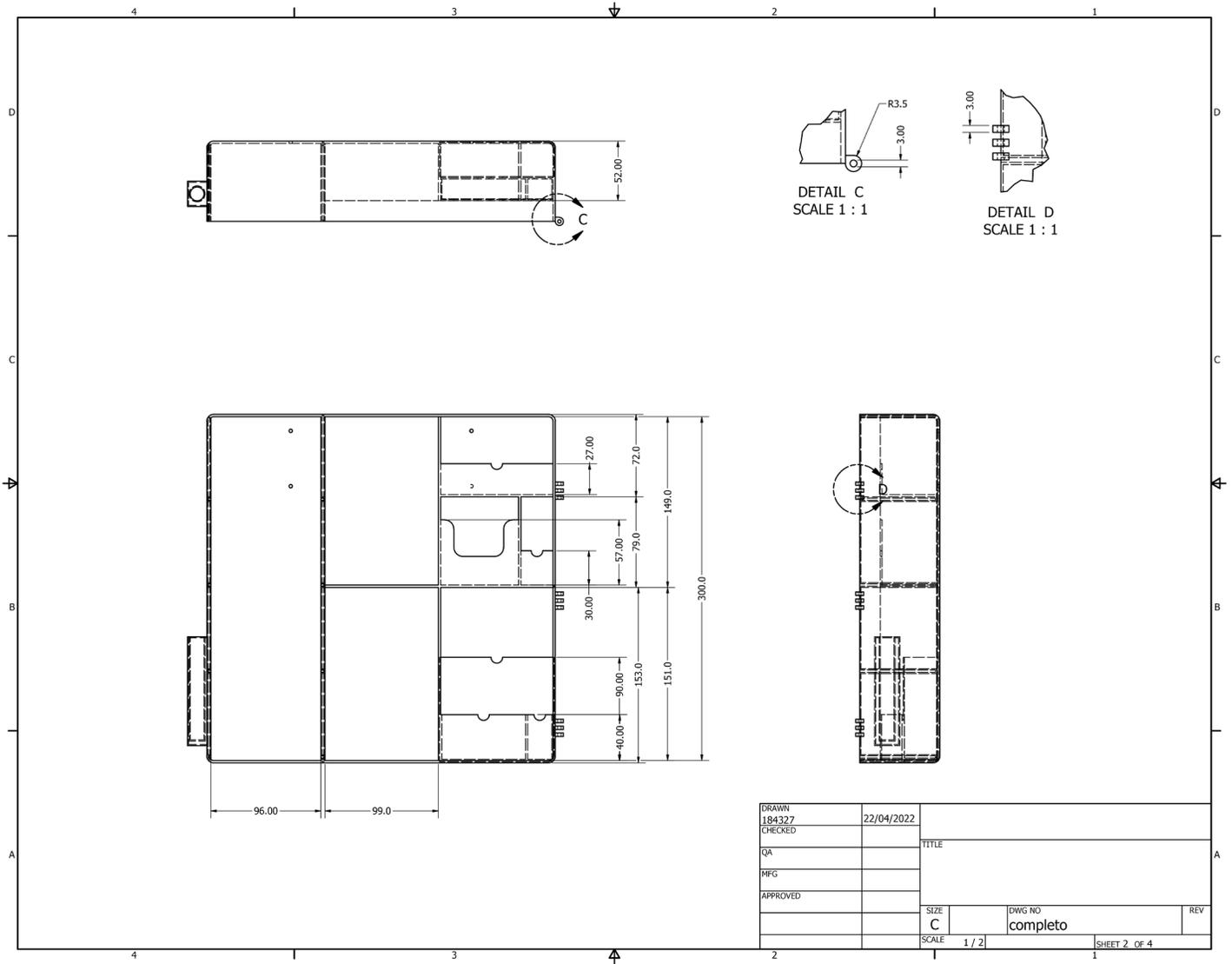


Imagen de autoría propia



Planos medidas internas



Imágen de autoría propia

Planos medidas puertas

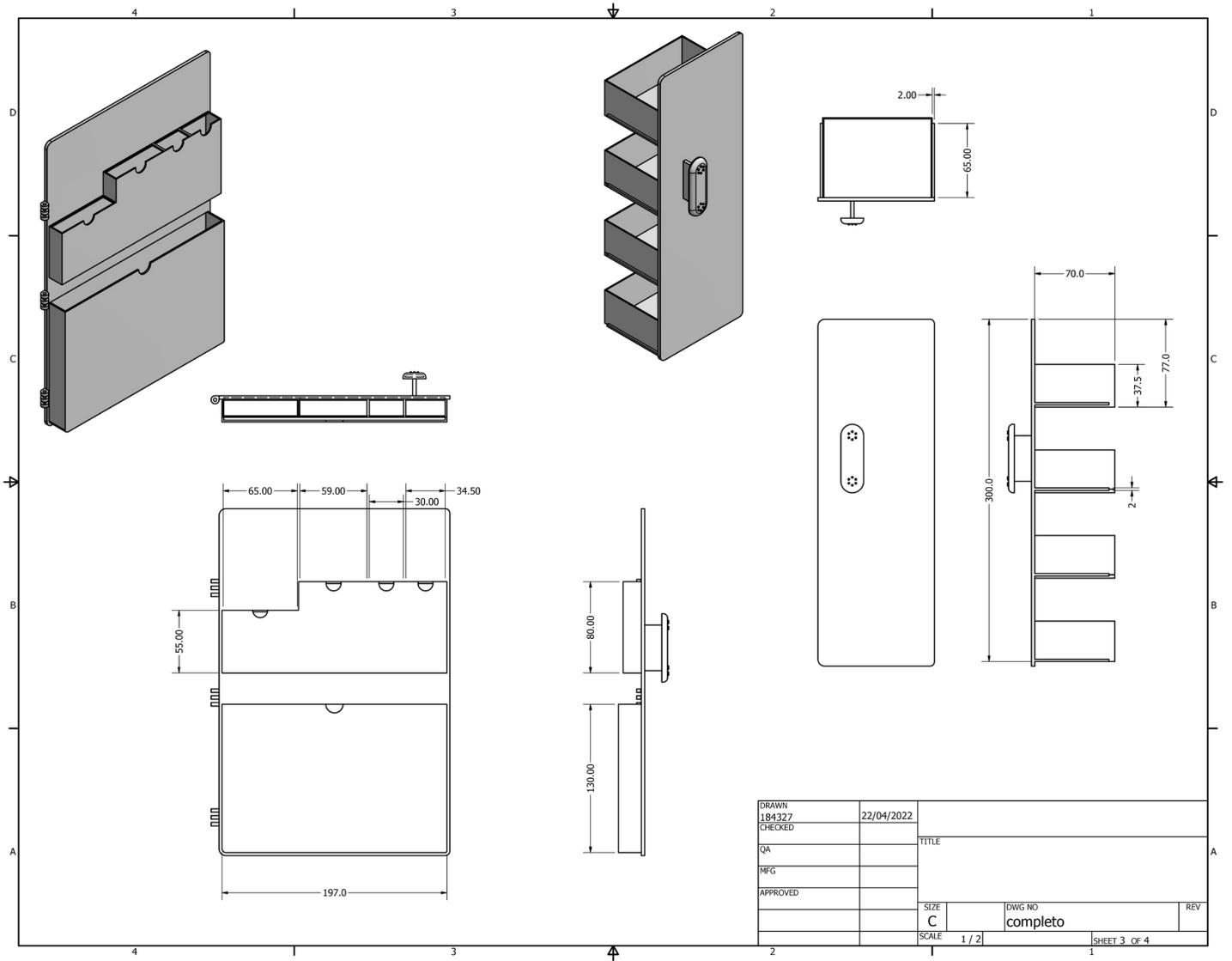


Imagen de autoría propia



Sistemas de unión

PARTS LIST			
ITEM	QTY	PART NUMBER	DESCRIPTION
1	1		Pieza principal
2	1		puertagrande
3	1		Puerta cajones
5	2		Sujetador

DRAWN 184327	22/04/2022		
CHECKED		TITLE	
QA			
MFG			
APPROVED			
		SIZE C	DWG NO completo
		SCALE 1 / 2	REV
			SHEET 4 OF 4

Imagen de autoría propia

3.7.4 Forma

Semántica

El producto busca auxiliar a un cuidador en las actividades del día a día. La forma y apariencia del organizador permite que se adapte a la casa de los cuidadores como mobiliario discreto, sin causar curiosidad no deseada o ser motivo de posible estrés para el adulto mayor.

Psicología del color

El producto en el exterior es blanco, permitiendo que la superficie sea usada para escribir o personalizar; hace uso de un matiz verde claro en los detalles e identidad de marca; enfocado en la reacción que el adulto mayor puede llegar a tener ante el uso y convivencia con el organizador. La tonalidad elegida es un color armónico y discreto, permitiendo entregar vitalidad y color, sin causar un choque relevante con el resto de su entorno.



Acabados

El exterior del producto está cubierto con plástico pizarrón, lo cual permite al cuidador escribir la bitácora de medicamentos, así como instrucciones, recordatorios, registros médicos o cualquier otra cosa que encuentre relevante tener a la vista. En el interior se encuentran organizados los elementos que proporcionamos, con fácil acceso al botiquín y un espacio enfocado en las medicinas, dividido en cuatro repisas que separan los medicamentos basados en los horarios recetados.

Coherencia de forma

La forma cuadrada presenta un producto de estética limpia, encajando en el entorno sin estorbar, de igual forma facilita el método y tiempo de producción. Su uso es intuitivo y sencillo, y al colgarlo, permiten prevenir que niños jueguen con los elementos del botiquín. Los bordes del producto se redondearon con el fin de evitar que sobresalgan esquinas y bordes filosos.

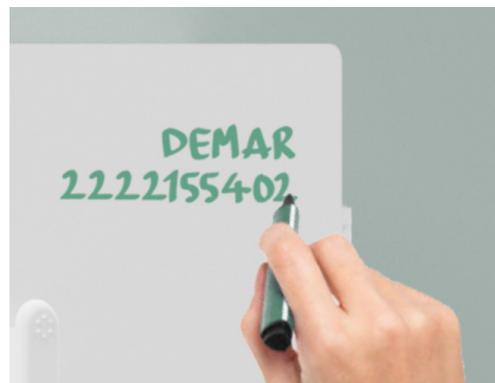


Imagen de autoría propia

3.7.5 Manufactura

El producto será de polipropileno ya que es un termoplástico semicristalino, que pertenece al grupo de las poliolefinas. Es uno de los plásticos más versátiles que existe, además se puede moldear fácilmente por lo que es ideal ya que se puede crear una gran variedad de formas. Al mismo tiempo es duro, resistente al agua y a químicos, también es un polímero de bajo coste (Plásticos ASCASO, s.f., párr. 1-2).

Ahora bien en cuanto a la producción del producto se realizará por inyección debido a que tiene diferentes ventajas, como un reducido coste, rapidez en el proceso, y obtención de un producto acabado que no requiere de más procesos. Además, este proceso permite un moldeado de piezas a través de un molde

que se inyecta a alta presión (Plastical s.l., 2019, párr. 1-2).

Las fases en el proceso de inyección de plástico consta de 4 fases sincronizadas, en primer lugar está el cierre de molde, en donde se suministra el polímero en la unidad de inyección y se cierra el molde por presión. A continuación sigue la inyección, se inyecta el plástico a través de una boquilla dentro del molde, para lograr que la pieza tenga las dimensiones deseadas, se mantiene la presión. Posteriormente el enfriamiento, en el cual la pieza se mantiene en el molde hasta enfriarse y por último la apertura y expulsión de la pieza, el molde se abre y se libera la pieza (Plastical s.l., 2019, párr. 3).

Existen diferentes aspectos claves en el proceso de inyección, durante el proceso, existen diversas variables que son importantes, entre ellas se encuentra la temperatura del material, ya que es primordial que se alcance la temperatura idónea para lograr una fusión correcta del polímero, y mantenerla durante el tiempo necesario antes de enfriarse. La presión de inyección es otra de ellas, debido a que a través de la boquilla, la máquina debe inyectar el material a la presión justa, de tal manera que el llenado del molde se realice adecuadamente (Plastical s.l. , 2019, párr. 4).

La velocidad de inyección, es otro factor fundamental, debido a que en el momento en que se inyecta el material dentro de la cavidad del molde, comienza a enfriarse, por lo que es importante que el proceso se realice rápidamente. Por otra parte, tanto la presión ejercida como el tiempo son claves para que el resultado sea satisfactorio (Plastical s.l. , 2019, párr. 4).

3.7.6 Modelo de negocios

A continuación, se analizarán actividades claves, socios claves y la forma en la que la empresa tendrá la relación con el cliente, a partir de la explicación del modelo de negocios.

Nuestra propuesta de valor consiste en un gabinete que es fácil de usar, promueve la creación de hábitos mientras da un acompañamiento a los cuidadores primerizos, de la misma manera no requiere un especialista para su uso, pero principalmente genera un espacio ordenado y amigable en este proceso tan complicado a través de guías gráficas, así como con productos de calidad.

Nuestro usuario es un cuidador de clase media a cargo de un adulto mayor con demencia en etapa temprana que busca métodos de organización para afrontar el diagnóstico reciente y evitar futuras crisis.

En la parte socios clave encontramos doctores, psicólogos, centros de salud y consultorios privados ya que es importante como empresa buscar estas relaciones de vinculación en el área médica para poder instalarnos en el mercado para que el usuario genere confianza con el producto a consecuencia que un profesional se lo recomiende. De la misma manera tenemos proveedores de productos, así como de materiales ya que es indispensable en nuestro kit y debemos buscar tener productos por mayoreo.

Dentro de las actividades claves está contemplado las actividades para desarrollo del producto, pero también para el branding, manufactura, distribución y gestión del servicio al cliente.

Dentro de los recursos claves tenemos humanos como proveedores, mano de obra y marketing, pero también lugares como centros de salud, así como imprentas.

En la relación con el cliente tenemos la atención antes, durante y después de la venta, también la comunicación por redes sociales para que conozcan el servicio que se ofrece, así como resolver dudas si es necesario, es importante crear estas relaciones fuertes ya que ellos mismos recomiendan los productos y regresan.

Contaremos con canales de distribución, promoción y vinculación, lo que es necesario abarcar estos sectores para completar las ventas. En la estructura de costos se tiene contemplado los proveedores, marketing, producción, salarios, materia prima, entre otros.

Finalmente, nuestra fuente de ingresos será la venta del producto, se buscarán financiamientos y por último campañas de crowdfunding para llevar esta idea a la realidad.

Modelo de negocios



Imagen de autoría propia

3.7.7 Ciclo de vida

El ciclo de vida de producto consta de diferentes etapas, comienza con la extracción de la materia prima para que posteriormente pase por un proceso de transformación y de esta manera obtener el gabinete. Después el artículo será transportado a tiendas de autoservicio, donde los usuarios podrán adquirirlo. En este caso el producto se ocupará a lo largo de la enfermedad, por lo que se realizará en determinado tiempo un mantenimiento por parte de Demar para prolongar la vida del producto. No obstante, si el usuario ya no desea ocupar el gabinete, se podrá contactar con la empresa por medio de redes sociales para que su desecho sea seguro.

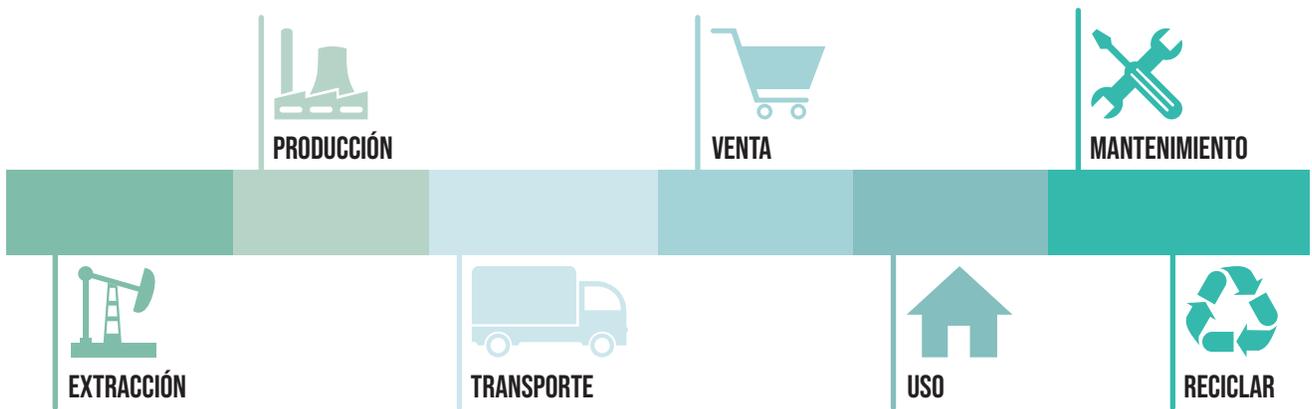


Imagen de autoría propia

3.7.8 Costos

A continuación, se mostrarán los costos obtenidos para la producción del producto, así como el precio de venta para el público. Es importante recalcar que estos precios contemplan el IVA, ISR y el porcentaje de ganancia.

En tabla de producción se contempló los moldes de cada parte del del producto teniendo en cuenta que cada molde ronda entre USD\$ 5,000 a USD\$ 10,000

de la misma manera se verificó el precio de los manuales contemplando que cada uno tendrá aproximadamente 30 hojas dando un total de MXN\$ 870,765.66.

TABLA DE PRODUCCIÓN			
CANTIDAD	CONCEPTO	P.U.	PRECIO TOTAL
1	Molde de gavinete	\$ 200,000.00	\$ 200,000.00
1	Molde de puertas	\$ 100,000.00	\$ 100,000.00
1	Molde cajones	\$ 200,000.00	\$ 200,000.00
2	Manuales	\$ 21.60	\$ 43.20
1	Mano de obra	\$ 40,000.00	\$ 40,000.00
SUBTOTAL 1			\$ 540,043.20

UTILIDAD	30%	\$ 162,012.96
SUBTOTAL 2		\$ 702,056.16
ISR	30%	\$ 48,603.89
SUBTOTAL CON ISR		\$ 750,660.05
FINANCIAMIENTO	0%	\$ -
TOTAL FINAL ANTES DE IVA		\$ 750,660.05
IVA	16%	\$ 120,105.61
PRECIO FINAL		\$ 870,765.66

Imagen de autoría propia

Dentro de la tabla de los costos fijos se contempla el lugar de operaciones, con sede en la ciudad de Puebla, también equipo no solamente para la parte administrativa y de diseño sino de producción. Finalmente, dentro de los servicios se contempló la paquetería Adobe, la paquetería de Office, así mismo los otros servicios que el establecimiento no contempla.

COSTOS FIJOS		
LUGAR	COMPRA	MENSUAL
Oficina		\$ 10,000.00
		\$ 10,000.00
EQUIPAMIENTO	COMPRA	MENSUAL
Laptop	\$125,000.00	\$ 2,083.33
Mobiliario	\$ 17,240.00	\$ 287.33
Teléfono		\$ 1,000.00
Molde de gavinete	\$200,000.00	\$ 3,333.33
Molde de puertas	\$100,000.00	\$ 1,666.67
Molde cajones	\$200,000.00	\$ 3,333.33
	\$642,240.00	\$ 11,704.00
SERVICIOS	COMPRA	MENSUAL
Adobe Paquetería		\$ 8,495.00
Paquetería Office		\$ 635.00
Luz		\$ 800.00
Internet		\$ 869.00
Antivirus		\$ 93.29
		\$ 10,892.29
COSTO FIJO TOTAL MENSUAL		\$ 32,596.29

Imagen de autoría propia

En los costos variables se contempló un salario individual por cada integrante del equipo de MXN\$12,000, dentro de la materia prima se contemplaron todos los elementos que vendrán en el kit de primeros auxilios, así como los pedales para la producción de del gavinete.

COSTOS VARIABLES			
SALARIOS	COMPRA	MENSUAL	
Salarios equipo		\$ 60,000.00	
		\$ 60,000.00	
MATERIA PRIMA	P.U.	CANTIDAD	TOTAL
Gasas de 10x10	\$ 1.85	10	\$ 18.50
Gasas de 7.5x5	\$ 1.13	10	\$ 11.30
Venda 15 cm	\$ 9.91	1	\$ 9.91
Venda 7.5 cm	\$ 7.76	2	\$ 15.52
Curitas	\$ 0.55	20	\$ 11.00
Cinta micropore	\$ 14.25	1	\$ 14.25
Pomada en tubo	\$ 21.16	1	\$ 21.16
Termómetro	\$ 39.00	1	\$ 39.00
Jeringa	\$ 8.78	3	\$ 26.34
Alcohol 125 ml	\$ 4.16	1	\$ 4.16
Agua Oxigenada 125 ml	\$ 6.01	1	\$ 6.01
Guantes	\$ 7.50	4	\$ 30.00
Tijeras	\$ 62.50	1	\$ 62.50
Pinzas	\$ 49.00	1	\$ 49.00
Plumones	\$ 13.50	1	\$ 13.50
Vinil	\$ 64.00	1	\$ 64.00
Algodón	\$ 8.00	1	\$ 8.00
Manual	\$ 21.60	2	\$ 43.20
Pellets	\$ 0.08	120 gr	\$ 9.12
Ganchos	\$ 3.90	3	\$ 11.70
Impresion de caja	\$ 11.25	2	\$ 22.50
Cinta magnetica 30 cm	\$ 7.10	1	\$ 7.10
Luz			\$ 497.77
NO RECURRENTES	COMPRA		
COSTO VARIABLE TOTAL MENSUAL			\$60,000.00

Imagen de autoría propia

Después de realizar la tabla anterior se llegó que el costo de operación total mensual es de MXN\$92,566.29, se tiene en cuenta que la cantidad de producto que se puede prestar al mes es de 1000 unidades por lo tanto nos da un costo unitario de MXN\$ 590.37, en este se contempla los materiales que llevará el kit de primeros auxilios.

Costo fijo + Costo variable = Costo Total

CFm+CVm=CTm \$ 92,596.29 COSTO DE OPERACIÓN TOTAL

#P es la cantidad de producción o servicio que puedo prestart al mes.

Cuantos proyectos puedo desarrollar = **1000**

Costo unitario = cuanto me cuesta cada uno de los productos que voy a prestar

CU=(CTm/#P)+Mpu \$ 590.37 Costo unitario mensual

A partir de lo anterior, se tiene un costo unitario de MXN\$590.37 y obteniendo una ganancia bruta del 20% nos da el precio de venta al público de MXN\$862.88

CANT	CONCEPTO	P.U.	TOTAL
1	Costo unitario	\$ 590.37	\$ 590.37
	Subtotal		\$ 590.37
	Ganancia	20%	\$ 118.07
	Subtotal 2		\$ 708.44
	ISR	30%	\$ 35.42
	Subtotal 3		\$ 743.86
	Financiamiento		\$ -
	Total sin IVA		\$ 743.86
	IVA	16%	\$ 119.02
	TOTAL A PAGAR		\$ 862.88

Imagen de autoría propia

Por último, en la interpretación del proyecto encontramos que nuestro precio de venta es MXN\$802.52 de los cuales la ganancia por unidad es MXN\$ 109.81

INTERPRETACIÓN DEL PROYECTO

Mi costo de operación mensual es	\$ 92,596.29
Tengo que producir al mes	1000 Piezas
Cada una me cuesta producirla	\$ 590.37
Cada una la vendo en	\$ 862.88 IVA INCLUIDO
Mi ganancia unitaria es	\$ 118.07
Precio de venta	\$ 862.88

INTERPRETACIÓN DEL PROYECTO

VENTAS AL 100%	
Ingresos totales	\$ 862,879.37
Ganacias totales	\$ 118,073.26
Inversion en materia prima	\$ 497,770.00

PUNTO DE EQUILIBRIO

P.E=CFm/(Pv-Cu)	120
costo fijo mensual/precio venta/costo unitario	11.96%

PUNTO DE EQUILIBRIO=PAGAR TODOS TUS COSTOS

Costo total mensual	\$ 92,596.29
Ganancias al 100%	\$ 272,513.08
Ventas totales	\$ 365,109.37
Punto de equilibrio en las ventas	25%
El punto de equilibrio no debe ser nunca mayor al 30%	

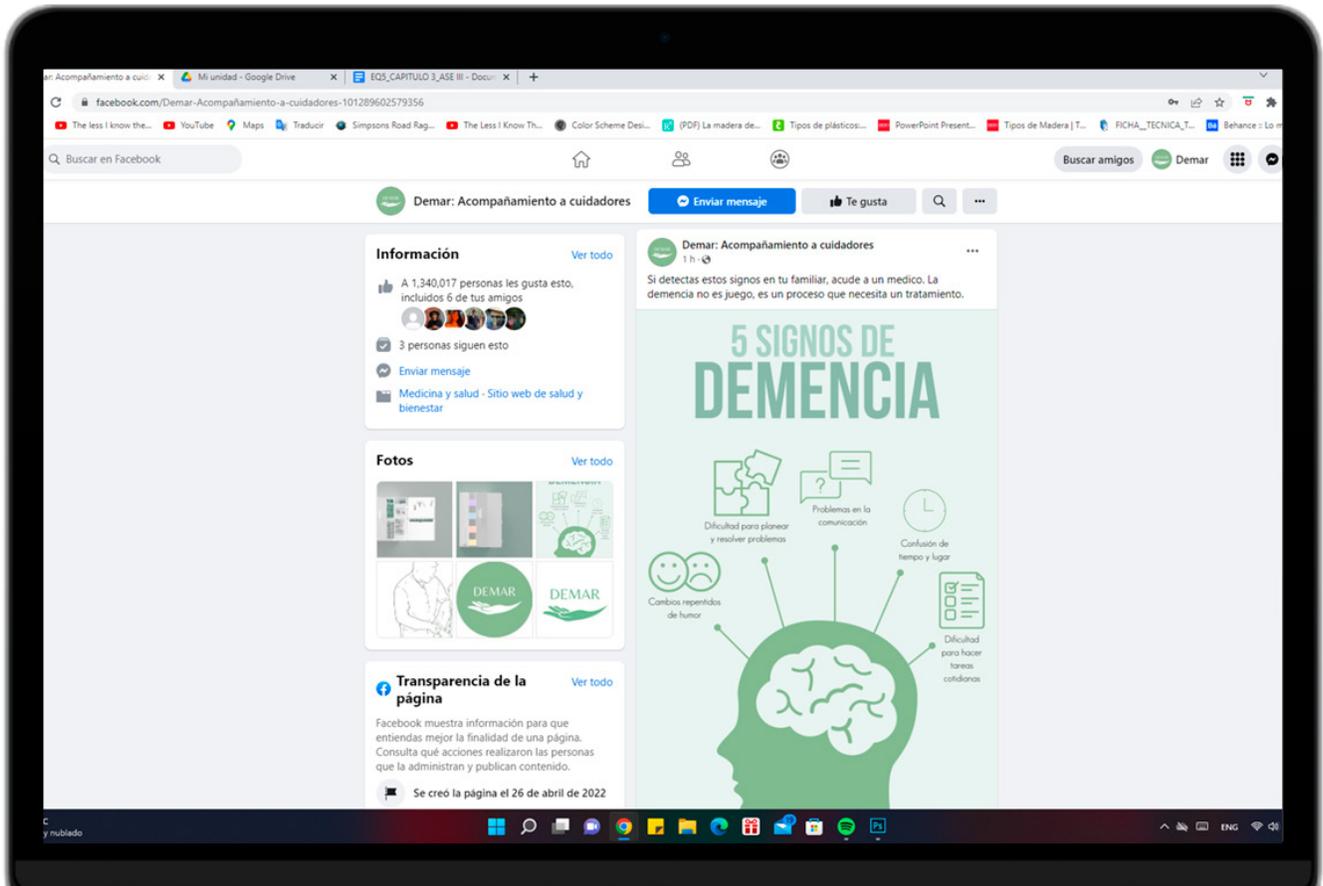
3.7.9 Diseños de servicios

En este inciso se elaboró el Blueprint Preventa y Postventa para visualizar las relaciones existentes entre el servicio y el usuario, contemplando de igual manera nuestro producto.

Blueprint Preventa

MOMENTOS	El futuro cuidador empieza a notar conductas de olvido e irregularidades en su familiar adulto mayor	El futuro cuidador busca en internet acerca de pérdida de memoria en adultos mayores	El futuro cuidador encuentra la página de DEMAR, debido a que hay información de orientación acerca de la demencia	En la página lee la lista de características que pueden indicar un diagnóstico de demencia
EMOCIONES	Extrañeza e Intranquilidad	Desorientación	Curiosidad y Duda	Asombro
FRONT-STAGE			Anuncio en Google de página de internet DEMAR con descripción	Interfaz de orientación primaria Listado de características
BACK-STAGE			Programación de página web Pago de publicidad en Google Ads	Selección de información con expertos Programación de la interfaz
MOMENTOS	Junto con las características encuentra números de contacto de neurólogos y geriatras	Contacta a un médico neurólogo de la lista y agenda una consulta	Lleva a su familiar al doctor	El médico realiza pruebas cognitivas y neuropsicológicas
EMOCIONES	Calma	Calma e Incertidumbre	Incertidumbre	Incertidumbre e Impaciencia
FRONT-STAGE	Interfaz de Orientación Primaria Listado de número de contacto			
BACK-STAGE	Vinculación con expertos y clínicas Programación de la interfaz			
MOMENTOS	El médico reconoce el patrón de pérdida de habilidades y funciones, por ello diagnostica al familiar con demencia	Le prescribe su tratamiento y le explica brevemente los cuidados y cambios debido a la evolución de la enfermedad	El médico le sugiere unirse a la Familia DEMAR, muestra los beneficios y ayuda que tendrá para aliviar los cuidados del paciente	El médico programa la siguiente consulta y pide al cuidador que registre la conducta y cambios que detecte en el paciente
EMOCIONES	Conmoción, Agobio, Impotencia	Atención y Preocupación	Atención y Cautela	Preocupación y Agobio
FRONT-STAGE			Folleto publicitario Plática con el médico	
BACK-STAGE			Elaboración del folleto Capacitación del médico	

MOMENTOS	El cuidador empieza con su nueva rutina, sin embargo la organización de medicamentos se le dificulta	El cuidador busca el folleto que le dio el doctor y llama al número de Atención a Clientes	En la llamada telefónica el cuidador pide información acerca DEMAR, por ello el operador le explica el producto y servicio	El operador le explica los componentes del gabinete organizador y comienza la explicación con la organización de medicamentos
EMOCIONES	Estrés y Desorientación	Duda e Interés	Atención	Interesada y Atención
FRONT-STAGE	Folleto publicitario Línea de atención a clientes			Folleto como complemento a la explicación del operador
BACK-STAGE	Compra de línea telefónica Contratación y capacitación de operador			Línea telefónica Capacitación operador
MOMENTOS	Junto con las características encuentra números de contacto de neurólogos y geriatras	Contacta a un médico neurólogo de la lista y agenda una consulta	Lleva a su familiar al doctor	El médico realiza pruebas cognitivas y neuropsicológicas
EMOCIONES	Calma	Calma e Incertidumbre	Incertidumbre	Incertidumbre e Impaciencia
FRONT-STAGE	Interfaz de Orientación Primaria Listado de número de contacto			
BACK-STAGE	Vinculación con expertos y clínicas Programación de la interfaz			
MOMENTOS	El operador sigue con la explicación del botiquín y los manuales, que serán de apoyo a la información brindada por el médico en su primera consulta	El operador le explica el grupo de Facebook que sirve como complemento al gabinete	El operador le informa al cuidador que el número estará disponible para la compra del gabinete y para acompañamiento general	El operador le da la información y precio de compra del gabinete, para así invitar al cuidador a adquirirlo
EMOCIONES	Interesada y Atención	Asombrada	Interés y Atención	
FRONT-STAGE	Folleto como complemento a la explicación del operador			
BACK-STAGE	Línea telefónica Capacitación operador			
MOMENTOS	El cuidador acepta, realiza la compra y se realiza el envío de su gabinete			
EMOCIONES	Calma, Esperanza e Interés			
FRONT-STAGE	Operador			
BACK-STAGE	Colaboración con Ecommercer			



Blueprint Postventa

MOMENTOS	El cuidador ya tiene el gabinete y se ayuda con el manual de uso del gabinete	Ingresa a la página privada de Facebook con el código de compra	El cuidador navega por la página de Facebook y entra a la sección de conferencias y "En vivos"	Luego entra a los foros de experiencias y consejos de y para los cuidadores
EMOCIONES	Duda	Interés y Cautela	Interés	Empatía
FRONT-STAGE	Manual de uso Gabinete	Página de Facebook Código de compra	Página de Facebook Sección de conferencias	Página de Facebook Sección de foros
BACK-STAGE	Producción y distribución del producto	Creación y administración de página de Facebook Sistema de compra	Grabación y administración de videos Vinculación con expertos	Creación y administración de foros Medidores
MOMENTOS	El paciente por un momento pierde el conocimiento y se cae	El cuidador va al botiquín y toma el manual de curaciones. Busca la sección de raspones y sigue el paso a paso	Decide volver a la página de Facebook para ver las conferencias de introducción a la demencia	En las conferencias indican la información complementaria de los manuales
EMOCIONES	Preocupación y Angustia	Atención y Nerviosismo	Curiosidad y Decisión	Tranquilidad
FRONT-STAGE		Gabinete Botiquín Manual de introducción	Página de Facebook Sección de foros	Página de Facebook Sección de foros Manuales
BACK-STAGE		Selección de contenido de botiquín y manual con expertos	Creación y administración de página de Facebook	Creación y administración de página de Facebook Producción de manuales
MOMENTOS	Al cuidador le llega una notificación para invitar a participar en el foro de la semana	El cuidador le el tema del foro: "Cambios en tu rutina diaria". Decide participar	El cuidador lee la participación de los demás miembros del grupo. Se siente identificado con varios casos y reduce su sentimiento de soledad	El cuidador después de un tiempo participando en los foros, entabla comunicación con otro cuidador y deciden verse en persona
EMOCIONES	Curiosidad	Nostalgia	Empatía y Conmovido/a	Amistad y Animo
FRONT-STAGE		Página de Facebook Sección de foros		Página de Facebook Chat
BACK-STAGE	Creación y administración de foros Medidores			

Grupo de Facebook

The image shows a screenshot of a Facebook group page titled "DEMAR: Acompañamiento de cuidadores". The group is private and has 6 members. The main content area shows a conversation thread. A post by Aurora Miguel is visible, along with a comment from Sara Paez. A callout bubble highlights a post by Eli Galindo, which includes a purple graphic with the text: "Hola! Me han servido mucho los pizarrones para poner el la cocina o en la sala, he puesto las citas que tiene mi mamá para el doctor! ¿Que otros usos me recomiendan para seguir organizándome?". The post has 65 likes, 34 comments, and 1 share. The right sidebar shows group information, including a description of DEMAR as a 100% Mexican brand, privacy settings, and a list of members.

facebook.com/groups/411392937059110/posts/411944027004001/?comment_id=411958673669203¬if_id=1651102851562183¬if_t=group_comment_follow

DEMAR: Acompañamiento de cuidadores

Grupo privado · 6 miembros

Miembro + Invitar

Información Conversación Temas Miembros Eventos Multimedia

Aurora Miguel está con Demar Acompañamiento A Cuidadores

43 min · 75 Me gusta 2 comentarios

Demar Acompañamiento A Cuidadores

Hola! Gracias por contactarnos, en DEMAR estamos comprometidos con el medio ambiente por lo que promovemos el correcto reciclaje al finalizar su misión contigo. Nos comunicaremos en breve.

Sara Paez

Yo les mandé el mío sin ningún problema!

Eli Galindo

Hola! Me han servido mucho los pizarrones para poner el la cocina o en la sala, he puesto las citas que tiene mi mamá para el doctor! ¿Que otros usos me recomiendan para seguir organizándome?

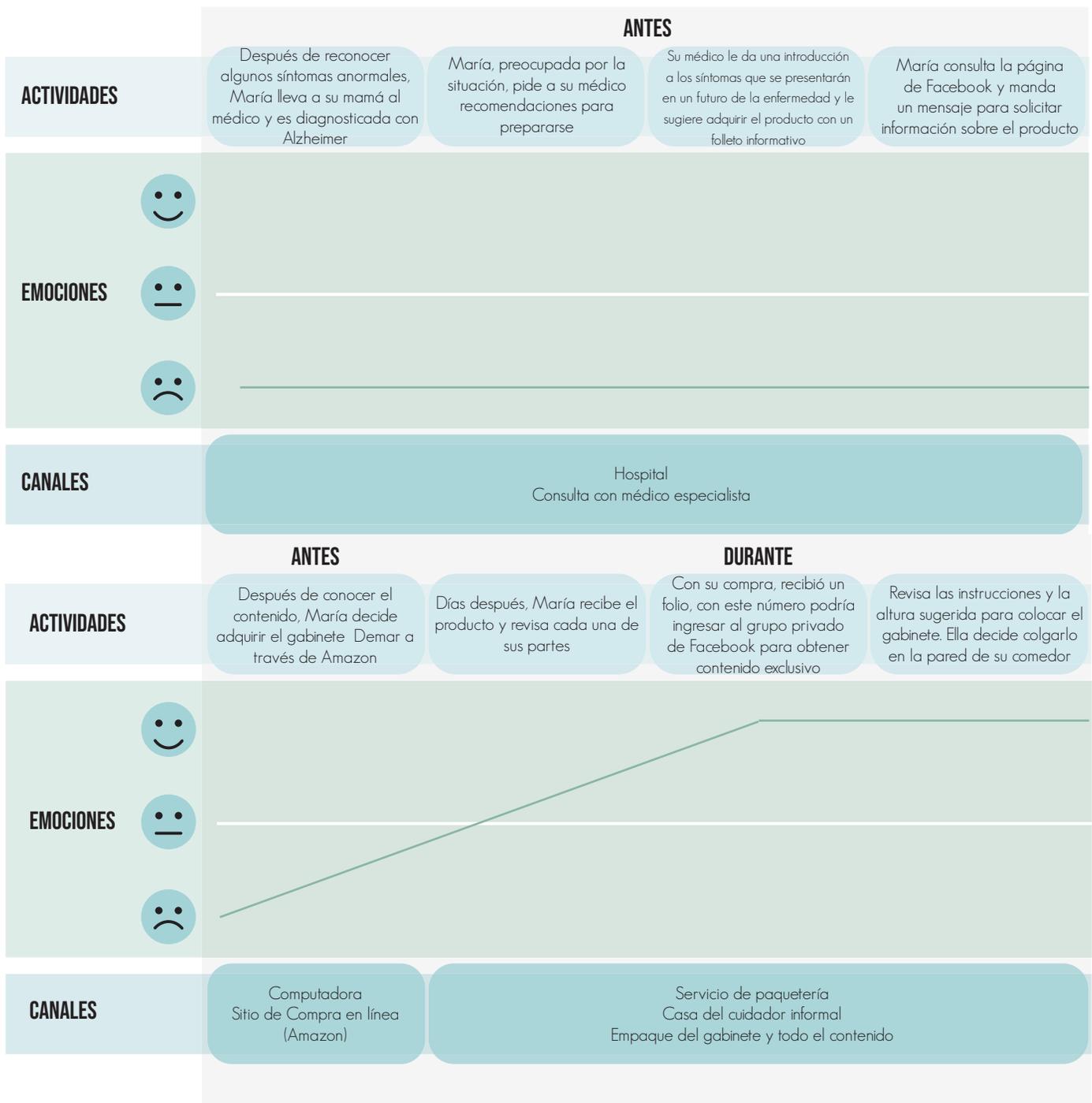
65 34 comentarios 1 vez compartido

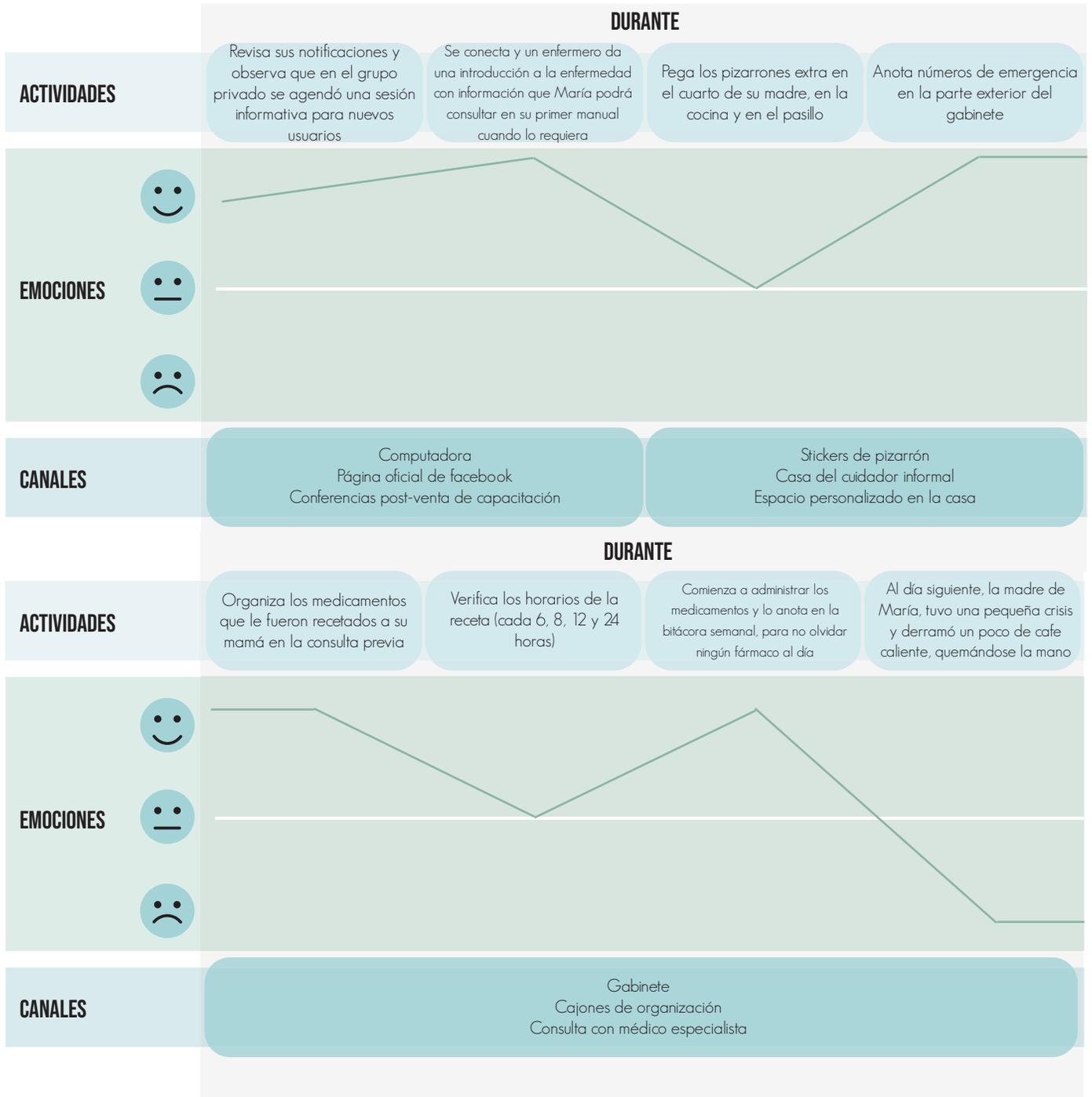
Sara Paez

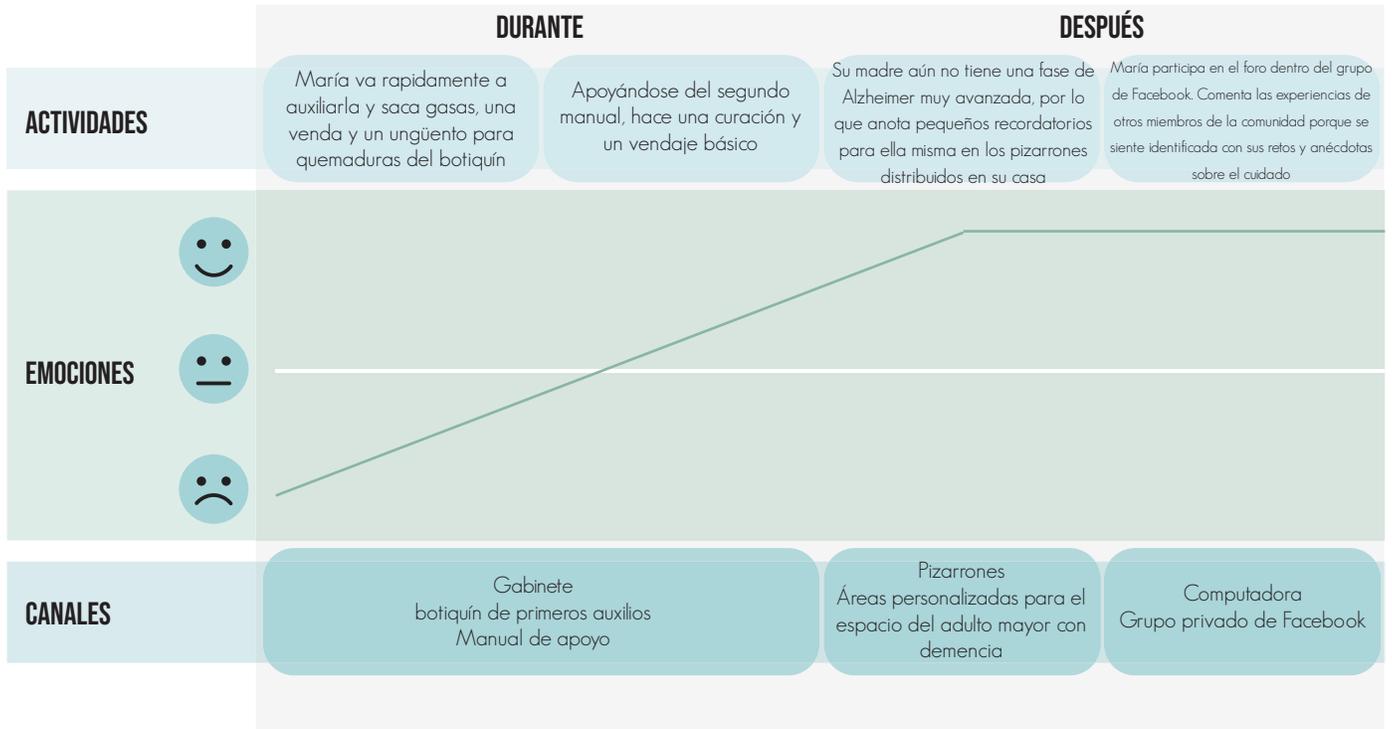
Hola! Yo lo pongo afuera de su habitación y lo ocupo para anotar a qué hora volveré a casa!

3.7.10 Diseño de experiencias

En esta sección se realizó un Journey Map para representar de una manera más detallada la experiencia que tendría nuestro usuario con cada parte del gabinete, junto con el servicio de las páginas de Facebook.









CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES GENERALES

A lo largo de este proyecto se desarrolló un proceso de investigación sobre la situación de los cuidadores de adultos mayores con demencia en el país, pues es importante resaltar que el número de personas con esta condición de salud va en crecimiento y las pocas oportunidades de garantizar seguridad social, así como inestabilidad económica para cumplir las necesidades de cuidado; generan una posible desproporción que perpetúa el establecimiento del rol de cuidador informal en los hogares mexicanos.

Después de adoptar una metodología, con el apoyo de herramientas de investigación, tanto cualitativa como cuantitativa, se obtuvo un acercamiento con potenciales usuarios. Esto con el fin de conocer su rutina, experiencias, sentimientos, retos, así como dificultades y de esta manera, empatizar a partir de un panorama completo de la situación. Al recopilar hallazgos, se abre la posibilidad de identificar futuros puntos de acción para comenzar el proceso de ideación.

Para la etapa de ideación del proyecto, fue muy útil el apegarse a ciertas estrategias de diseño con el fin de proponer soluciones, que eventualmente, se concretaron en la creación de una propuesta integral que incluye un producto el cual responde a necesidades específicas de los cuidadores informales, de acuerdo con los retos mencionados en entrevistas. Además de un servicio de acompañamiento post-venta para las personas que accedan al contenido propuesto.

Fue de suma relevancia considerar el proceso iterativo a través de validaciones a potenciales usuarios, pues gracias a esto, se hicieron evidentes múltiples factores que no se habían tomado en cuenta previamente. Para este punto, se complementó la parte teórica obtenida, con una perspectiva más humana y sensible de la

carga física, así como emocional de los usuarios con los que se validó la propuesta. Como consecuencia, se realizaron cambios importantes en las primeras propuestas.

Finalmente, se obtuvo una solución integral de diseño que pretende facilitar las tareas de los cuidadores informales, considerando que no hay opciones que eludan a los cuidadores informales de sus responsabilidades debido a la dependencia del adulto mayor con demencia, sin embargo con esta propuesta será posible facilitar tareas con ayuda de la optimización del tiempo para consultar información específica cuando el usuario lo requiera, además de brindar un espacio personalizable de organización el cual haga más eficientes las rutinas y procedimientos, con la finalidad de reducir el estrés del cuidador, mejorando la interacción con la persona de quién se responsabiliza.

Observaciones

Durante el desarrollo del proyecto, se lograron identificar los puntos de dolor de cuidadores informales, sin embargo aún queda la tarea de validar el producto final en uso, para modificar y mejorar aspectos. También se contempla el implementar mejoras en nuestro modelo de negocios, a partir de desarrollar a profundidad una opción que opte por un modelo de economía circular, así como materiales más amigables con el medio ambiente.

El proceso de diseño no es lineal, por lo que al validar y encontrar información relevante el resultado va cambiando. Es por ello que, se creó un sistema que no solo contempla a los cuidadores, sino a los adultos mayores, así como su entorno. Debido a esto se regresó al objetivo general para cambiar el verbo a uno que fuera adecuado a la solución propuesta.

Recomendaciones

A consecuencia del constante cambio en la dinámica social y la evolución médica sobre el tema, esta solución debe someterse a un proceso iterativo recurrente, para que la solución evolucione en conjunto con su contexto. Por otra parte debe extenderse el trabajo en el campo del contacto entre cuidadores, con el fin de generar una comunidad, además de ofrecer un acompañamiento personalizado en esta transición.



REFERENCIAS

Alzheimer Ferrolterra. (s.f.). Servicios. Recuperado de <http://www.alzheimerferrolterra.com/index.php/es/familias/17-productos-de-apoyo>

Andrés, P., Fernández, M. & Ibarra, I. (2016). Análisis del impacto social de la enfermedad de Alzheimer del Colegio Ayalde. (Trabajo de investigación, Universidad de Navojoa). Recuperado de <https://www.unav.edu/documents/4889803/21fb8e36-a835-442b-8bea-bf37873cc838>.

Anjos, K., Santos, V., Teixeira, J., Oliveira, R., Boery, E., & Moreira, R. (2014). Calidad de vida de cuidadores familiares de ancianos: una revisión integradora. *Revista Cubana de Enfermería*, 29(4). Recuperado de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/253/73>

Azpiazu, P. (2021). Grupos Psicoeducativos para familiares de pacientes con demencia. Recuperado de <https://www.geriatricarea.com/2021/05/13/grupos-psicoeducativos-para-familiares-de-pacientes-con-demencia/>

Ball, J. (s.f.). The Double Diamond: A universally accepted depiction of the design process. Recuperado de <https://www.designcouncil.org.uk/news-opinion/double-diamond-universally-accepted-depiction-design-process>

Cassaniti, F. (2015). Teoría de la Mente en Demencias Fronto-temporales de la Facultad de Psicología. (Trabajo final de grado, Universidad de la República de Uruguay). Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/20459/1/Cassaniti%20Dotta%2C%20Fiorella.pdf>

Chen, M. (2020). The Zendesk Triple Diamond. Recuperado de <https://medium.com/zendesk-creative-blog/the-zendesk-triple-diamond-process-fd857a11d179>

Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (s.f.) Derechos de las personas adultas mayores. Recuperado de <https://www.cndh.org.mx/derechos-humanos/derecho-de-las-personas-adultas-mayores>

Commonwealth of Massachusetts. (s.f.). Bienestar emocional. Recuperado de <https://www.mass.gov/service-details/bienestar-emocional>

De Valle, M., Hernández, I., Zúñiga, M., & Martínez, P. (2015). Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 12(1), 19-27. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.05.004>
Deloux, J. (1999). *El cerebro emocional*. Argentina: Ariel Planeta.

Del Valle, A. (s.f.). Diseño del futuro: conceptos y métodos. Recuperado de <https://repositorio.uc.cl/xmlui/bitstream/handle/11534/15206/000424359.pdf?sequence=1#:~:text=Dise%C3%B1ar%20el%20futuro%20consiste%2C%20fundamentalmente,la%20situaci%C3%B3n%20problem%C3%A1tica%20del%20presente>

Dementia, Education, Approach, Life. (s.f.). Enfoque centrado en la persona según Tom Kitwood. Recuperado de <https://deal-project.info/es/topic/enfoque-centrado-en-la-persona-segun-tom-kitwood/>

Díaz, L., Duran, M. & López, N. (2019). Adaptación y validación de la escala de Mishel de incertidumbre frente a la enfermedad en procedimientos diagnósticos. *Revista ciencia y enfermería*, 25. Recuperado de <https://doi.org/10.4067/s0717-95532019000100201>

Escola d'Art de Vic. (s.f.) Psicología del color. Recuperado de <https://perio.unlp.edu.ar/catedras/iddi/wp-content/uploads/sites/125/2020/04/Psicologia-del-color.pdf>

Federación Autismo Madrid. (2021). ¿A qué nos referimos cuando hablamos de calidad de vida? Recuperado de <https://autismomadrid.es/noticias/a-que-nos-referimos-cuando-hablamos-de-calidad-de-vida/>

Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores. (2014). El «estigma social» hacia los adultos mayores. Recuperado de <https://fiapam.org/el-estigma-social-hacia-los-adultos-mayores/>

Fundación Pasqual Maragall. (s.f.). El síndrome del cuidador: qué es y cómo prevenirlo. Recuperado de <https://blog.fpmaragall.org/sindrome-del-cuidador-que-es-y-como-prevenirlo>

Galván, M. (s.f.). ¿Qué es calidad de vida? Recuperado de <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa2/n2/m2.html#nota0>

Gutiérrez, L. & Arrieta, I. (2015). Demencias en México: la necesidad de un Plan de Acción. *Gaceta Médica de México*, 151:667-73. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2015/gml55p.pdf>

Instituto de la Memoria, Fundación Alzheimer León. (2022). Grupo de apoyo. Recuperado de <https://institutodelamemoria.org.mx/grupo-de-apoyo/>

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (2018). Cuidado de los Adultos Mayores. Recuperado de <https://www.gob.mx/issste/articulos/cuidado-de-los-adultos-mayores>

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. (2017). ¿Qué es la calidad de vida? Recuperado de <https://www.incmnsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/calidadVida.html>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores (1º de octubre). Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EADULMAYO%201.docx#:~:text=Este%20incremento%20evidencia%20el%20proceso,tienen%2080%20a%C3%Blas%20o%20m%C3%A1s.>

Instituto Nacional de Geriátría. (2021). Boletín bimestral, No. 1. Recuperado de <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/ensenanza/boletines/Boletin-INGER-Junio-Julio-2021-01-Interactivo.pdf>

Instituto Nacional de Geriátría. (s.f.). Curso Básico de Cuidadores. Recuperado de <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/ensenanza/cursobasicocuidadores.html>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2018). Atención adecuada a personas mayores con demencia, curso del Inapam. Recuperado de <https://www.gob.mx/inapam/prensa/atencion-adecuada-a-personas-mayores-con-demencia-curso-del-inapam?idiom=es>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2020). Albergues y Residencias de día INAPAM. Recuperado de <https://www.gob.mx/inapam/acciones-y-programas/albergues-y-residencias-diurnas-inapam>

Instituto Nacional de Salud Pública. (2020). Adultos Mayores. Recuperado de <https://www.insp.mx/lineas-de-investigacion/salud-y-grupos-vulnerables/investigacion/adultos-mayores.html>

Instituto Nacional de Salud Pública. (2020). Hablemos de demencia. Recuperado de <https://www.insp.mx/avisos/hablemos-de-demencia>

Latino Alzheimer's And Memory Disorders Alliance. (2010). Care & caregiver programs. Recuperado de <https://www.latinualzheimersalliance.org/care-caregiver-programs>

López, M. & Aranco, N. (2019). Envejecimiento y atención a la dependencia en México. Recuperado de https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento_y_atenci%C3%B3n_a_la_dependencia_en_M%C3%A9xico_es.pdf

Merchán, E. & Cifuentes, R. (s.f.). Teorías psicosociales del envejecimiento. Recuperado de <http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf>

Mergel, B. (1998). Diseño instruccional y teoría del aprendizaje. Recuperado de http://www.med.ucv.ve/escuelas_institutos/Razetti/Webccemlr/Dise%C3%B1o%20instruccional.pdf

Miranda, I. (2018). Apoyo psicológico al cuidador principal de personas con Alzheimer u otras demencias. Recuperado de <https://idempsicologia.es/apoyo-psicologico-al-cuidador-principal-personas-alzheimer-u-otras-demencias/>

OMS: Departamento de cambio social y salud mental GENEVA. (1991). Ayuda para cuidadores de personas con demencia. Recuperado de <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/AyudaCuidadores.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2020). Demencia. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/facts-sheets/detail/dementia#:~:text=La%20demencia%20es%20un%20s%C3%ADndrome,actividades%20de%20la%20vida%20diaria.&text=La%20enfermedad%20de%20Alzheimer%2C%20que,un%2070%25%20de%20los%20casos>

Parreira, M. (2005). Centro de día para adultos mayores. "Puentes que permiten proseguir el camino". Recuperado de https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/concursoRLG/PersonasNaturales/CANA_puentesquepermitenproseguir_elcamino.pdf

Pill Drill. (2014). What is Pill Drill?. Recuperado de <https://www.pilldrill.com/>

Plastical s.l. (2019). La inyección de plástico: qué es y para qué sirve. Recuperado de <https://plasticals.com/inyeccion-plastico-que-es-para-que-sirve/>

Plástico ASCASO. (s.f.) Polipropileno: Qué es y sus propiedades. Recuperado de <https://plasticosascaso.es/polipropileno-que-es-propiedades/>

Portal Geriátrico. (s.f.). 6 riesgos de salud de los cuidadores de personas con demencia. Recuperado de <https://portalgeriatrico.com.ar/6-riesgos-de-salud-de-los-cuidadores-de-personas-con-demencia/>

Procuraduría Federal del Consumidor. (2018). Asilos. Una alternativa para el cuidado y atención de los adultos mayores. Recuperado de <https://www.gob.mx/profeco/documentos/asilos-una-alternativa-para-el-cuidado-y-atencion-de-los-adultos-mayores?state=published>

Rayo, D. (2014). Concepto articulado a la proyección objetual. *Revista Gráficas Disciplinarias*, XXV(78)

Revista Interiorgráfico. (2020). Gerontodiseño. Nueve estrategias de diseño sostenible para adultos mayores. Recuperado de <https://interiorgrafico.com/edicion/decimo-septima-edicion-diciembre-2017/gerontodiseño-nueve-estrategias-de-diseño-sostenible-para-adultos-mayores>

Reynaldo, G., Pardo, G., Guevara, M., Cascudo, N., & Carrasco, M. (2008). Teorías acerca de los mecanismos celulares y moleculares en la enfermedad de Alzheimer. *Revista Cubana de Medicina*, 47(3) Recuperado de <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=scarttext&pid=S0034-75232008000300008&lng=es&tlng=es>.

Rodríguez, M. (2005). Introducción general a los estudios iconográficos y a su metodología. Recuperado de https://www.ucm.es/data/cont/docs/1888-2019-12-01-INTRODUCCION_GENERAL_A_LOS_ESTUDIOS_CON.pdf

Rodríguez, N., & Garcia, M. (2005). La noción de Calidad de Vida desde diversas perspectivas. *Revista de Investigación*, 57. Recuperado <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2053485.pdf>

Sanitas. (s.f.). Demencia senil. Recuperado de <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/tercera-edad/demencias/demencia-senil.html>

Sanitas. (s.f.). Las fases de la demencia: escala FAST. Recuperado de <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/tercera-edad/demencias/escala-fast.html>

Triviño, Z., & Sanhuesa O. (2009). Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. *Aquichan*, 5(1). Recuperado de <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/56>

Tortosa, F. (s.f.) La teoría sociocognitiva de Vigotsky. Recuperado de <https://www.doccity.com/es/la-teoria-socio-cognitiva-de-vigotskylos-aportes-de-vigotsky-exponen-la-import/3088522/>

Universidad Autónoma del Estado de México. (s.f.). Diseño social. Recuperado de <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/31292/secme-15989.pdf;jsessionid=BOAA8DF3C499F29E00CFC37647A4A065?sequence=1>

Universidad Internacional de Valencia. (s.f.). Gerontología social: qué es y dónde se aplica. Recuperado de <https://www.universidadviu.com/int/actualidad/nuestros-expertos/gerontologia-social-que-es-y-donde-se-aplica>

Urzúa, A., & Caqueo-Úrizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1). Recuperado de <https://doi.org/10.4067/s0718-48082012000100006>

Vithas. (2013). Síndrome del Cuidador: Cómo cuidar al que cuida. Recuperado de <https://neurorhb.com/blog-dano-cerebral/sindrome-del-cuidador-como-cuidar-al-que-cuida/>

Instituto Nacional de Geriátría. (2021). Boletín bimestral, No. 1. Recuperado de <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/ensenanza/boletines/Boletin-INGER-Junio-Julio-2021-01-Interactivo.pdf>

