



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Enfermería de Soria



Facultad de Enfermería de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

Atención de enfermería al cuidador de pacientes dependientes en Atención Primaria. Propuesta de intervención educativa.

Estudiante: Laura Condado Soria

Tutelado por: M^a Ángeles Ferrer Pascual

Soria, 6 de junio de 2016

Índice

Resumen.....	1
1. Introducción.....	2
2. Marco conceptual.....	2
2.1. El cuidador informal.....	2
2.1.1. Quiénes son los cuidadores familiares.....	2
2.1.2. Tipos de cuidadores familiares.....	3
2.1.3. El proceso de cuidar.....	3
2.1.4. Repercusiones del proceso de cuidar en el cuidador.....	4
2.1.5. Cansancio del Rol del Cuidador.....	6
2.2. El paciente dependiente.....	8
2.2.1. Concepto de dependencia.....	8
2.2.2. Perfil demográfico de la dependencia en España.....	10
2.3. Educación Para la Salud en la atención al cuidador.....	11
3. Justificación.....	13
4. Objetivos.....	13
5. Material y métodos.....	13
6. Resultados y discusión.....	14
6.1. El papel de la enfermera en Atención Primaria en la atención al cuidador.....	14
6.2. Intervenciones educativas realizadas hasta el momento y sus beneficios.....	16
7. Conclusiones.....	22
8. Programa de Educación Para la Salud dirigido a cuidadores informales de personas mayores dependientes.....	23
9. Bibliografía.....	34
10. Anexos.....	39

Glosario de siglas y acrónimos

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria

AE: Artículos encontrados

AIVD: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

AP: Atención Primaria

AS: Artículos seleccionados

CS: Centro de Salud

EPS: Educación Para la Salud

GC: Grupo control

GI: Grupo intervención

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

SAAD: Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

Resumen

Introducción. A pesar de la ayuda formal existente, el cuidado informal proporcionado por un miembro de la familia continua siendo la principal fuente de cuidados a las personas en situación de dependencia, tanto en nuestro país como en otros países. Esto puede acarrear consecuencias negativas sobre la salud de las personas que prestan los cuidados e incluso sobre las personas que están a su cargo. Por ello, los profesionales de enfermería de Atención Primaria son la opción ideal para educar, proporcionar apoyo psicológico y ayudar a hacer uso de los recursos disponibles para el cuidador.

Objetivos. Identificar el papel de enfermería en Atención Primaria en los cuidados al cuidador y analizar los programas de Educación Para la Salud desarrollados hasta el momento. Además, se propone una intervención educativa dirigida a cuidadores de personas mayores dependientes.

Material y métodos. Revisión bibliográfica de artículos científicos que comprenden programas de educación a cuidadores de personas dependientes publicados entre 2011 y 2016. Se consultaron bases de datos PubMed, Cuiden, SciELO y Scopus. Se utilizaron un total de 16 artículos. Las palabras clave utilizadas fueron: cuidador, cuidar, atención primaria, enfermería, intervención, programa y educación.

Resultados y discusión. Los programas educativos son beneficiosos para el cuidador, produciendo una disminución de la sobrecarga de cuidados y una mejora de la calidad de vida. Pero tan importante como llevar a cabo un programa de educación en este tema, es realizar la evaluación del mismo, ya que esto nos proporciona la información necesaria para saber si ha sido efectivo o si requiere de alguna mejora.

Conclusión. Los profesionales de enfermería en Atención Primaria tienen un papel esencial en el cuidado de las personas dependientes y sus cuidadores, remarcando su protagonismo en la educación al cuidador. Además, sirven de intermediarios entre este y los servicios sanitarios y sociales.

Palabras clave: educación, cuidador, cuidar, enfermería, intervención educativa, programa, Atención Primaria.

1. Introducción

El presente trabajo nace a partir de mi interés a lo largo del desarrollo del Grado de Enfermería por el papel de esta profesión como motor principal en la promoción de la salud y al conocer de cerca el papel de enfermería gracias a las prácticas tanto hospitalarias como extrahospitalarias. De igual forma, me parece fundamental la posición de enfermería a través de la Educación para la Salud (EPS) en este campo, pudiendo lograr una adecuada atención a la persona dependiente mediante nuestros conocimientos y el esfuerzo depositado en el correcto adiestramiento de los cuidadores.

En primer lugar, se describen los conceptos clave necesarios para entender la situación de dependencia en nuestro país, qué repercusiones sobre la salud puede tener el proceso de cuidar, además de recalcar la importancia de los diagnósticos de enfermería en este tema.

En segundo lugar, se analiza el papel educador de enfermería en Atención Primaria (AP) hacia los cuidadores de personas dependientes.

Por último, se plantea un programa de EPS cuya población diana son los cuidadores familiares de personas mayores en situación de dependencia.

2. Marco conceptual

2.1. *El cuidador informal*

2.1.1. *Quiénes son los cuidadores informales familiares*

Según se recoge en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia¹, del Boletín Oficial del Estado, el cuidado informal se entiende como *“aquel que se dispensa de manera altruista y gratuita a las personas que presentan algún grado de discapacidad o dependencia, fundamentalmente por sus familiares y allegados, pero también por otros agentes externos a los servicios formalizados de atención”*.

En el ámbito del cuidado informal, otros de los conceptos de gran relevancia es el de cuidador familiar, el cual se define como *“aquella persona*

*que asiste o cuida a otra afectada de algún tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales*².

2.1.2. Tipos de cuidadores familiares

Atendiendo a la relación existente entre el cuidador y la persona cuidada se distinguen dos tipos de cuidador familiar:

- Cuidador familiar primario: aquel que asume la responsabilidad total del cuidado. Se caracteriza por no tener una formación específica para desempeñar su labor como cuidador, no recibir remuneración económica por ello y tener gran compromiso por realizar la tarea.
- Cuidador familiar secundario: hay veces que los cuidadores primarios pueden ayudarse de otros familiares, denominados estos, cuidadores familiares secundarios. En la mayoría de los casos se trata de una ayuda instrumental y emocional^{2,3}.

2.1.3. El proceso de cuidar

Para las personas cuidadoras, la actividad de cuidar puede ser una actividad satisfactoria a la vez que difícil y, a veces, poco reconocida. Estar a cargo del cuidado de una persona dependiente precisa de gran esfuerzo y dedicación y éstos son, en muchas ocasiones, los grandes olvidados. El horario del cuidador familiar puede llegar a ser permanente, dedicando la totalidad de su tiempo al cuidado de la persona dependiente^{4,5}.

Sin embargo, quienes cuidan no siempre están preparados para responder ante las tareas, tensiones y esfuerzos que supone el cuidado. Cuidar conlleva la realización de numerosas actividades, que dependen de la familia y de la persona que se cuida. Éstas pueden variar desde una ayuda mínima en la atención o suplencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria o ABVD (actividades imprescindibles para poder subsistir de forma independiente, como el aseo, vestirse, ir al servicio, desplazarse, etc.) hasta un grado importante y continuo de ayuda como el acompañamiento en determinadas Actividades Instrumentales de la Vida Diaria o AIVD (son actividades más complejas que las ABVD y se asocian con tareas que implican la capacidad de tomar decisiones como tareas domésticas, de administración del hogar, utilizar el

teléfono o acordarse de tomar la medicación, entre otras). También puede ser necesario proporcionarles ayuda para que mantengan una adecuada relación con sus semejantes y con el mundo en el que viven^{4,5}.

2.1.4. Repercusiones del proceso de cuidar en el cuidador

Cuando uno de los miembros de una familia necesita cuidados, es posible que el núcleo familiar se vea afectado, generando cambios en su estructura o en los roles de sus integrantes. Generalmente, se trata de una experiencia de larga duración que requiere una reorganización de la vida familiar, laboral y social, dependiendo de las tareas que conlleva el proceso de cuidar³⁻⁵.

Podemos diferenciar varias consecuencias derivadas del proceso de cuidar en función de las repercusiones que esta situación genere sobre la vida del cuidador:

- Repercusiones sobre la familia

Debemos tener en cuenta que la estructura familiar puede variar según el ámbito sociocultural y geográfico. De tal forma que podemos apreciar diferencias entre las zonas rurales y urbanas. En las zonas rurales, suele predominar una estructura familiar extensa con una gran proximidad entre sus miembros. En la mayoría de los casos, la mujer es quien adopta la responsabilidad del cuidado del familiar como una tarea añadida al conjunto de actividades domésticas. La transición del familiar en cuidador se trata, en este caso, de un proceso progresivo. Sin embargo, en las zonas urbanas características de la sociedad moderna, el rol de cuidador se adquiere de forma súbita, originando numerosos conflictos y tensiones entre sus miembros⁴.

En cualquier caso, uno de los cambios más notorios resultantes del proceso de cuidar hace referencia a las relaciones familiares. Es frecuente la aparición de conflictos entre los miembros de la familia por la disparidad de opiniones o desacuerdos en relación al comportamiento y a la forma de brindar cuidados por parte del cuidador. En ocasiones, se produce un malestar entre el cuidador y la familia al no sentir que su esfuerzo es valorado⁵.

Otro cambio frecuente en la estructura familiar es la inversión de papeles, el cual se produce cuando la relación entre la persona dependiente y el cuidador es padre o madre e hijo. De esta forma, la relación que existía anteriormente da un giro de rol, y el hijo o la hija pasa a convertirse en la persona que cuida de su padre o madre⁵.

No debemos olvidar la influencia del género sobre este fenómeno, ya que las mujeres tienen más probabilidad que los hombres para convertirse en cuidadoras. En el caso de las mujeres, tiene preferencia aquella que es soltera, vive sola, es más joven o tiene relación con el entorno sanitario. Cuando los cuidadores son hombres, la presión familiar disminuye y es él mismo quien decide ser el cuidador^{4,5}.

- Repercusiones sobre la salud

Muchas veces, el estar a cargo del cuidado de una persona dependiente produce en el cuidador una dedicación plena a esa persona y un descuido al cuidado de sí mismo. El proceso de cuidar afecta en un plano físico, mental y social, contribuyendo así al empeoramiento de la salud del cuidador^{4,5}.

Las principales consecuencias negativas en el ámbito de la salud son de carácter emocional. Procurar un cuidado informal es considerado como una gran fuente de estrés, no tanto para el paciente sino para el cuidador⁵. Varios autores coinciden en que brindar un cuidado informal conlleva tanto emociones positivas como negativas. De las positivas podemos destacar los sentimientos de satisfacción por participar en el cuidado de un ser querido. Pero también conlleva emociones negativas, como el estrés, la ansiedad, estados de ánimo bajos, depresión, la sensación de impotencia, culpabilidad, soledad o tristeza⁴⁻⁶. Tener a cargo una persona dependiente también provoca una disminución de las actividades de ocio del cuidador, y una sensación de aislamiento y soledad⁵.

El cuidado familiar también tiene repercusiones sobre la salud física de la persona que cuida. Se ha comprobado que los cuidadores tienen mayores tasas de morbilidad que el resto de la población, con un gran cansancio físico y dolores musculares resultantes de los esfuerzos físicos realizados durante el

proceso de cuidar⁷. Además de los anteriores, varios autores coinciden en que se trata de síntomas que suelen estar relacionados con las lesiones osteoarticulares, trastornos gastrointestinales y cefaleas^{3,8}.

- Repercusiones laborales y económicas

Además de las consecuencias en la salud, cuidar puede tener repercusiones en el trabajo y la economía del cuidador ya que puede dar lugar a costes directos y a una disminución de los ingresos debido a una reducción de la jornada o renuncia del puesto laboral^{4,5,9}.

Por todo esto, se ha intentado crear instrumentos que midan el impacto de cuidar y analicen la calidad de vida o la presencia de síndromes psicopatológicos, como ansiedad o depresión, introduciéndose así el concepto de “carga”. La carga del cuidador va a depender de las repercusiones del proceso de cuidar y de las estrategias de afrontamiento y apoyo que posee el cuidador. Entre las escalas de medición más conocidas encontramos el índice de Esfuerzo del Cuidador y la Escala de Sobrecarga del Cuidador. Estas posibilitan la identificación de personas con mayor riesgo y nos sirven como predictor de institucionalización¹⁰.

2.1.5. *Cansancio del Rol de Cuidador*

Los cuidadores dedican la mayor parte de su tiempo a cuidar de una persona dependiente, lo que conlleva una gran carga física y mental, y produciendo una serie de alteraciones en la vida del cuidador. El cuidador familiar constituye el pilar del sistema de provisión de cuidados informales y es, a su vez, un elemento clave para que la persona dependiente pueda continuar viviendo en la comunidad.

Cuando el cuidador se inicia en el proceso de cuidar, muchas de sus actividades dejan de llevarse a cabo, va perdiendo su autonomía en relación con su tiempo libre y se desatiende a sí mismo. Es importante tener en cuenta que para desempeñar el papel del cuidador hace falta una buena salud física y mental. Si esto no es así, el cuidador puede llegar a convertirse en un paciente crónico, y es aquí donde nos preguntaríamos si el cuidador seguiría siendo un agente de salud¹⁰.

Desde enfermería, surge la necesidad y la responsabilidad de vigilar y prestar cuidados a los cuidadores mediante actividades que contribuyan a la promoción de su salud, a la prevención de problemas y al tratamiento de los mismos. No se debe atender al cuidador porque colabora en la ejecución de los cuidados de la persona sino porque, como ciudadano, tiene el derecho a ser cuidado¹¹.

En nuestra labor enfermera de atender al cuidador, debemos detectar aquellos problemas derivados de su actividad como prestador de cuidados. Para ello, utilizamos un lenguaje propio, a través de lo que se denominan Diagnósticos Enfermeros. El término de diagnóstico de enfermería fue introducido por Vera Fry en 1953 para describir un paso necesario en el desarrollo de un plan de cuidados: la identificación y formulación de problemas. Según la *North American Nursing Diagnosis Asociaton* (NANDA), un diagnóstico de enfermería se define como *“un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad, a los problemas de salud reales o potenciales, o procesos de vida que sirven de base para la selección de las intervenciones de enfermería, para alcanzar los resultados para los que la enfermera tiene la responsabilidad”*. Conforman el lenguaje de la disciplina enfermera, una forma de comunicar el conocimiento y la práctica de enfermería. La taxonomía NANDA, con los *“Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2015-2017”*, nos sirve para categorizar y clasificar estos diagnósticos enfermeros¹¹.

Uno de los problemas, y a su vez, uno de los diagnósticos enfermeros más comunes en el ámbito de los cuidados informales es el diagnóstico de *“Cansancio del Rol de Cuidador”* pertenece al Dominio 7: Rol/Relaciones y a la Clase 1: Roles de Cuidador. Este diagnóstico se centra en identificar la limitación que el cuidador debido a su responsabilidad en el cuidado, así la NANDA¹¹ lo define como *“la dificultad para desempeñar el rol del cuidador de la familia o de otras personas significativas”*. Este aparece cuando el nivel de carga que soporta en la realización de sus actividades al cuidar sobrepasa su capacidad de adaptación. Es por ello que enfermería debe dirigir la atención a la mejora de la calidad de vida, incidiendo en su entorno familiar y social.

Hay que destacar la gran relación que existe entre este diagnóstico y el “Síndrome de Burnout del cuidador” o “Síndrome del Cuidador Quemado”, entendido como un cuadro de deterioro físico y mental que aumenta conforme lo hace la carga del cuidado^{12,13}. Y tan importante como la detección del diagnóstico es la detección de aquellos síntomas precoces que lo caracterizan, como la depresión o el estrés, para así poder prevenir el cansancio del cuidador. Desde enfermería, es importante identificar los factores que, desde nuestra labor independiente, influyen en la aparición de este problema y orientar nuestra atención hacia su modificación.

Entre los muchos factores que pueden tener relación con el diagnóstico “Cansancio del rol de cuidador” voy a destacar aquellos que con mayor frecuencia se identifican. Estos se agrupan en base a determinados aspectos, teniendo en cuenta:

- Los recursos y ayudas: podemos encontrar falta de redes sociales de apoyo o de conocimientos suficientes para afrontar los cuidados adecuados.
- El entorno social: aislamiento de su familia y amigos, déficit de actividades recreativas que le permitan distracción de los cuidados.
- Al cuidador: incapacidad o dificultad para afrontar la situación o estar a la altura de sus propias expectativas, desconocimiento de la situación de salud de la persona a la que cuida.
- Al receptor de los cuidados: expectativas poco realistas, excesiva dependencia, cambios en las relaciones entre ambos.
- Situacionales: complejidad de los cuidados y excesivo número de actividades y de horas de dedicación.

Es por ello vital que el cuidador principal esté incluido en el plan de cuidados de la persona dependiente^{12,13,14}.

2.2. *El paciente dependiente*

2.2.1. *Concepto de dependencia y persona dependiente*

El Consejo de Europa define la dependencia como “*el estado en el que las personas, por razones de falta o pérdida de autonomía física, psicológica o*

intelectual, requieren asistencia o ayuda significativa para realizar las actividades de la vida diaria”. Existen tres criterios para poder atribuir la situación de dependencia a una persona: en primer lugar, la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona; en segundo lugar, la incapacidad de la persona para realizar por sí mismo las actividades de la vida diaria; por último, la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero⁴.

Se entiende a la persona dependiente como *“aquella que no puede realizar, sin ayuda, alguna de las ABVD relacionadas con el cuidado personal, la movilidad dentro del hogar o las funciones mentales básicas”*¹.

Volviendo a la Ley 39/2006 del 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, citada con anterioridad, es necesario recalcar la importancia de los profesionales de enfermería de AP, pues conforman uno de los principales recursos comunitarios existentes en la actualidad. Esta ley contempla una amplia cartera de servicios —teleasistencia, residencias, centros de día, subvenciones, etc.— cuyo objetivo es mantener un nivel de vida adecuado en las personas dependientes y sus cuidadores¹.

Para comprender mejor la cantidad de recursos y cuidados que requiere una persona dependiente a continuación se describen los grados de dependencia que contempla dicha ley¹:

- Primer grado o dependencia moderada: se atribuye a aquellas personas que no son capaces de llevar a cabo la totalidad de las ABVD y requieren ayuda para realizarlas al menos en una ocasión al día.
- Segundo grado o dependencia severa: cuando esta ayuda asciende a más de una vez al día, pero sin requerir un apoyo permanente de un cuidador.
- Tercer grado o gran dependencia: se requiere de ayuda permanente para la realización de las ABVD debido a la pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial.

Esta ley establece como derecho para todos los ciudadanos que todas las personas mayores o con discapacidad que no puedan valerse por sí mismas serán atendidas por las administraciones públicas, quienes tienen la obligación de garantizar el acceso a los servicios públicos y a las prestaciones económicas más adecuadas a sus necesidades.

2.2.2. Perfil demográfico de la dependencia en España

La dependencia es, hoy en día, uno de los problemas que la política social debe abordar como prioritarios. La creciente esperanza de vida en nuestro país va asociada a un aumento de situaciones de dependencia y, por consiguiente, de la necesidad de recibir apoyo y cuidados de forma continuada. Este fenómeno puede extenderse a la Unión Europea, cuya cifra de personas dependientes asciende hasta los 40 millones^{10,15}.

Es frecuente encontrarnos con una visión que considera la dependencia como un fenómeno estrictamente asociado al envejecimiento. A pesar de ser el colectivo más intensamente afectado, no puede ceñirse a este último estrato de la población, ya que puede darse en cualquier momento de la vida por causas como: las malformaciones congénitas, los accidentes, enfermedades invalidantes, etc. Si bien es cierto, la dependencia puede no aparecer a pesar de que haya personas con edad muy avanzada. Sin embargo, el proceso acelerado de envejecimiento en nuestro país está dando un giro al problema, debido a los cambios estructurales en la familia y en la población cuidadora, una mayor dispersión de estas familias y la reinserción de la mujer en el mercado laboral^{10,12}.

Aunque hay datos disponibles acerca de la dependencia, no existen resultados unánimes que muestren una cifra exacta del número de personas dependientes. En el caso de España, una de las principales fuentes que ofrece la información más actualizada sobre la población dependiente es el “XVI dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia”¹⁶.

Este documento de febrero de 2016, elaborado a partir de los datos proporcionados por el Sistema para la Autonomía y Atención de la Dependencia (SAAD), recoge que en España hay 1.180.435 personas en

situación de dependencia reconocida, lo que supone que un 2,5% de la población española necesita de la ayuda de otras personas para realizar alguna de las ABVD. En función del grado de dependencia, las cifras se distribuyen de la siguiente forma: 381.280 personas de grado I, 449.360 de grado II y 349.795 de grado III¹⁶⁷.

En cuanto a los recursos que se proporcionan, un 45,5% de las prestaciones existentes son de carácter económico por cuidados en el entorno familiar, mientras que el 54,5% se tratan de prestaciones de servicios (atención residencial, centros de día, teleasistencia, etc.)¹⁷. Cabe destacar que un tercio de las personas dependientes no recibe ninguna prestación o servicio del sistema de atención a la dependencia, aun teniendo derecho a las mismas. De estas 384.326 personas desatendidas, casi un 30% son dependientes de grado II y III¹⁷.

En cuanto a la distribución de los recursos, según un estudio del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se mantienen grandes desigualdades entre las diferentes Comunidades Autónomas, tanto en cobertura como en modelos de gestión. Castilla y León cuenta con la mayor tasa de cobertura en materia de plazas residenciales para mayores. La cifra de personas con reconocimiento de dependencia en nuestra comunidad es de 77.478 a fecha de 1 de enero de 2012. Aunque el aumento de la prevalencia es continuo conforme avanza la edad, a partir de los 50 años ese incremento se acelera de forma notable. Además, el 67% de estas personas dependientes son mujeres¹⁷.

A raíz de los datos obtenidos, es posible observar que más de la mitad de las personas dependientes en nuestro país no están oficialmente reconocidas. Esto, les imposibilita beneficiarse de las ayudas existentes, recayendo el cuidado de estas personas sobre cuidadores de su entorno familiar.

2.3. *La Educación Para la Salud en la atención al cuidador*

Según se desprende de lo analizado hasta el momento, es necesario atender al cuidador y facilitarle las herramientas necesarias para el desempeño

de dicho rol. Para ello, el profesional de enfermería cuenta con un instrumento muy valioso, que es la EPS.

De acuerdo con Melo, Wegner y Pinto¹⁹, la EPS *“es un proceso de enseñanza-aprendizaje que tiene por objetivo la promoción de la salud, siendo el profesional el principal mediador para que esto ocurra”*. Consideran la educación para grupos una de las principales herramientas de trabajo en la EPS, puesto que a través de esta se produce un intercambio de experiencias procedentes de diferentes realidades. Gracias a la participación individual de cada miembro del grupo es posible construir una conciencia colectiva crítica y dar paso al emponderamiento de cada persona por medio de la educación.

Zambrano y Guerra¹⁸, resaltan la importancia de la educación en todo proceso o cambio. Afirma que dicha formación es clave para aumentar la eficacia de los cuidadores y corregir las deficiencias que se pueden generar en ellos.

Al hablar de formación se hace referencia a la orientación, supervisión y valoración proporcionada por los profesionales sanitarios, especialmente desde enfermería, con un papel fundamental en la EPS. De esta forma, es importante tener en cuenta las características que tiene que tener un programa: objetivos orientados al educando, variedad de metodologías educativas que permitan la adquisición no solo de conocimientos, sino también de habilidades e instrumentos de evaluación que permitan analizar la consecución de los objetivos a conseguir. Para ello, el profesional de enfermería debe elaborar y llevar a cabo programas de EPS con el objetivo de fortalecer las capacidades de autocuidado del cuidador, y de esta forma prevenir y detectar a tiempo la instauración de problemas o situaciones de riesgo en la vida del cuidador²¹.

Esta necesidad de formación surge al identificar y analizar los factores de riesgo mencionados anteriormente. Pero no solo es suficiente la información, el proceso de aprendizaje también requiere que el cuidador esté interesado en aprender y adoptar una conducta que favorezca su bienestar. Por ello, es fundamental que desde la EPS se fomente la motivación con el fin de conseguir una actitud positiva que favorezca el aprendizaje. Esta educación

debe estar encaminada a la promoción de su autonomía y de habilidades para una adecuada gestión del tiempo. Así, la educación es crucial para asegurar una provisión de cuidados de calidad ya que afecta a la díada cuidador-persona cuidada^{7,21}.

Según Ferrer¹⁹, en la mayoría de familias, el cuidado es construido y modificado a partir de un proceso de acierto y error, sin tener una preparación previa. El cuidado familiar se trata de un cuidado más instintivo, cultural y natural que el prestado de forma técnica y científica. Sin embargo, abogan por una preparación y orientación ofrecida por los profesionales de la salud, lo cual disminuiría el desgaste y sufrimiento causado por el propio proceso de cuidar.

3. Justificación

Como demuestra la bibliografía consultada, los cuidados informales proporcionados por el cuidador familiar supone la mayor parte de los cuidados dispensados a los enfermos dependientes. De este modo, al pertenecer al entorno familiar, pasa a ser una labor invisible y casi inapreciable para la sociedad y el sistema sanitario, lo que produce una sobrecarga de las actividades del cuidador. Esta sobrecarga se ve incrementada por la falta de información y la poca formación que reciben los cuidadores.

Por ello, creo imprescindible el papel de enfermería en este campo, ya que es el referente de los cuidadores y es capaz de detectar cualquier indicador de sobrecarga a tiempo y prevenirlo, pues no hay cuidados sin cuidador.

4. Objetivos

El objetivo de este trabajo es, mediante una revisión bibliográfica:

- Identificar el papel de enfermería en AP en los cuidados al cuidador.
- Averiguar la existencia y aplicación de programas de EPS dirigidos a las personas que cuidan.
- Proponer un programa educativo para cuidadores familiares de personas mayores dependientes.

5. Material y métodos

Para dar respuesta a los dos objetivos primeros del trabajo se llevó a cabo una búsqueda de la literatura científica desde el mes de diciembre hasta marzo de 2016. Se limitó la búsqueda entre 2011 y 2016 para aportar la evidencia más reciente.

Las principales bases de datos consultadas fueron: Cuiden, PubMed, SciELO, y Scopus, además del motor de búsqueda Scholar Google. Las palabras clave utilizadas fueron: educación, cuidador, cuidar, enfermería, intervención educativa, programa, atención primaria y sus correspondientes términos en inglés “*education*”, “*caregiver*”, “*caring*”, “*nursing*”, “*intervention*”, “*program*”, “*primary care*”. Las ecuaciones de búsqueda utilizadas se muestran en la tabla I, así como el número de artículos encontrados y seleccionados.

Los criterios de inclusión fueron: artículos científicos publicados entre los años 2011 y 2016, que aborden aspectos relacionados con la EPS y contemplen intervenciones realizadas en el ámbito de la AP. Todos aquellos artículos que no cumplían estas características fueron excluidos.

Entre todos los artículos encontrados, previa lectura reflexiva, se seleccionaron aquellos que concordaban con los criterios de inclusión y los objetivos del trabajo, obteniendo un total de 16 artículos.

6. Resultados y discusión

Los resultados hallados dan cuenta de los escasos estudios que analizan las intervenciones educativas y cómo éstas se desarrollan.

6.1. *El papel de la enfermera en Atención Primaria en la atención al cuidador*

Parece haber unanimidad acerca de que la atención básica de enfermería dirigida a los cuidadores familiares de pacientes en situación de dependencia no se aleja de aquella proporcionada a personas de su mismo grupo de edad. De esta forma, se contemplan actividades como: actividades preventivas en los cuidadores, detección y control de diversas patologías y en relación a los conocimientos sobre los cuidadores que deben dispensar y la

propia salud del cuidador, entre otras^{20,21,22}. Pero más allá de una atención básica, y según un estudio norteamericano de 2011, a medida que se alarga el tiempo de atención, los cuidadores requieren cuidados cada vez más complejos por parte de los servicios de salud²³.

Son pocos los programas dirigidos exclusivamente a la educación en salud de los cuidadores de personas dependientes. Sin embargo, esta actividad enfermera de educar se ve implícita en intervenciones que tratan la atención global al cuidador ya que, además de la educación, recogen otros aspectos como la atención domiciliaria^{20,24,25}. Este es el caso del estudio de Rosell-Murphy²⁰ sobre el programa *CuidaCare*, desarrollado en Barcelona en el año 2014. En él, pone de manifiesto la importancia de enfermería en la creación de una relación cercana con el paciente, permitiendo al profesional conocer el contexto del cuidado y ofrecer intervención individual de acuerdo a las necesidades del cuidador.

Sotto-Mayor, Sequeira y García²¹, en su estudio realizado en 2013 en Portugal, añaden que la atención de enfermería al cuidador en el ámbito de AP no solo se aplica mediante la atención domiciliaria, sino que gran parte de ella se desarrolla en la consulta de enfermería. Varios autores^{20,21,22,26}, cuyos estudios se desarrollan en España, coinciden en que las actividades enfermeras destinadas a la atención a los cuidadores se centran en: informar sobre la enfermedad de la persona cuidada, crear habilidades para el manejo del cuidado y para la toma de decisiones, ayudar a la gestión del tiempo y de emociones y resolver las dudas. Un estudio publicado en 2012, añade la importancia de no solo informar sobre la enfermedad de la persona cuidada, sino también sobre los recursos sociales y sanitarios disponibles en la comunidad²⁷.

Bleijenberg et al²⁸, en su estudio sobre un programa desarrollado en la localidad de Utrecht (Holanda) en el año 2012, identifica otra actividad enfermera que hasta ahora no se indica en los anteriores estudios, como es la captación de las personas cuidadoras. Dicho estudio describe cómo a través de la utilización de herramientas electrónicas se facilita la detección de personas

dependientes gracias a la exactitud de los filtros de búsqueda, fomentando su aplicación práctica en AP.

Un año más tarde, en 2013, en el estudio de Sotto-Mayor, Sequeira y García²¹, vuelve a aparecer este concepto. En este caso, el autor destaca la responsabilidad de enfermería en la detección de cuidadores de pacientes dependientes con necesidad de recibir atención enfermera, bien por la presencia de una patología, o bien por encontrarse en situación de riesgo.

Como novedad, en un programa con cuidadores llevado a cabo en el Centro de Salud (CS) de la provincia de Toledo en 2011, la atención vía telefónica supone una actividad novedosa en la que los profesionales ofrecen un teléfono de consulta directa a demanda con los profesionales abierto durante toda la jornada laboral²⁵.

6.2. *Intervenciones educativas realizadas hasta el momento y sus beneficios*

Se han hallado diferentes estudios que describen experiencias en la aplicación de programas dirigidos a educar a la población cuidadora de familiares en situación de dependencia.

- *Según los objetivos de los programas*

Son numerosos los programas que remarcan claramente objetivos de salud a conseguir tras la puesta en marcha del programa. Así, algunos se centran en reducir síntomas depresivos y aumentar la calidad de vida del cuidador^{20,25,28,29}. El programa *CuidaCare* llevado a cabo en 9 Centros de Salud de Barcelona en 2014 no solo tiene esa finalidad, sino que también plantea como objetivo conseguir la mejora del soporte social de los cuidadores²⁰.

Fuera del ámbito nacional, concretamente en Quebec (Canadá) en 2011, se desarrolló un programa que añade, de forma novedosa, el objetivo de fomentar una transición exitosa desde que el cuidador es un miembro más de la familia hasta que adquiere el rol del cuidador familiar³⁰.

Esto nos aporta una perspectiva más completa en cuanto a la finalidad de estas intervenciones, ya que no solo deberían dirigirse a los cuidadores que

presentan problemas de salud, sino también a aquellos que están en riesgo de padecerlos.

- *Según la metodología utilizada*

Son varios los estudios que contemplan las técnicas grupales como la base de la educación en los cuidadores^{20,33}. Un estudio publicado por la Universidad de Oxford en 2012, el cual describe un programa llevado a cabo en dos ciudades diferentes de Estados Unidos (Durham y Birmingham), propone no solo la utilización de técnicas grupales, sino también individuales, mediante una formación dirigida por una enfermera durante 12 semanas³³. De la misma forma, Ducharme et al³⁰ también contempla una metodología basada en la formación mediante sesiones individuales, pero sin detallar el tiempo de duración de las mismas.

Uno de los programas más completos de los analizados desde el punto de vista metodológico, es el realizado en el estado de Tennessee en el año 2011, en el que se describe la utilización de sesiones individuales combinadas con sesiones telefónicas y grupales mediante una educación continuada. En este destacaron: sesiones individuales, sesiones vía telefónica, educación constante, sesiones grupales²³.

El programa que se llevó a cabo en Bogotá (Colombia) en 2011 añade un punto de vista no contemplado en otros programas. En él, las actividades de EPS se enfocan desde una perspectiva cultural, facilitando la diversidad de terapias. Se presenta una nueva forma de abordar este tipo de situaciones frente al fracaso con terapias educativas tradicionales. Aunque proporciona una reducción de la sobrecarga, no revela un efecto especial sobre la autopercepción de salud y la depresión del cuidador³¹.

En nuestro país, solo en el programa anteriormente mencionado *CuidaCare*, se contempla también una variedad de técnicas metodológicas similares a las anteriores. En un principio, se utilizan sesiones individuales en las que se realizan entrevistas con el fin de crear un espacio para que el cuidador muestre sus preocupaciones y problemas para llevar a cabo su

función. Seguido de éstas, se llevan a cabo sesiones en las que se abordan el estado emocional y social, a la par que se enseña sobre los recursos comunitarios al alcance del cuidador. De forma complementaria, se proporciona un teléfono de apoyo para las posibles dudas que puedan surgir²⁰.

Solo en el programa desarrollado en un CS de la zona norte de Portugal en 2013 se ve reflejada la utilización de una técnica no indicada hasta el momento, que es la simulación y la representación prácticas de situaciones concretas de la vida cotidiana llevada a cabo en una sesión²¹.

- *Según la evaluación de los programas*

Para la obtención de los resultados, se identifica también si los programas describen los instrumentos de evaluación que se utilizan para valorar la consecución de los objetivos.

A través del análisis de los artículos encontrados se observa que los programas desarrollan procesos de evaluación mediante la utilización de diferentes instrumentos. La gran mayoría de estudios reflejan una tendencia hacia la realización de evaluación de resultados, pero no de proceso y estructura. La finalidad de la evaluación de resultados es determinar la consecución de los objetivos de salud planteados.

Entre los instrumentos de evaluación más utilizados destacan los instrumentos de medición cuantitativa mediante escalas tipo Likert. En el programa anteriormente nombrado llevado a cabo en Holanda en 2012, se optó por la utilización de la Escala de Autopercepción del Nivel de Sobrecarga y el Cuestionario de Calidad de Vida Percibida (CCV) de Ruiz y Baca, formado este último por 35 ítems²⁸. Además de los métodos de evaluación empleados por otros estudios, como el cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit, administrado por los profesionales de enfermería antes y después de la intervención^{20,23,32}, se complementa con otros no utilizados hasta el momento, como el Cuestionario de Calidad de Vida de Nottingham, de Salud Psíquica de Goldberg y de Apoyo Social de Duke²⁵.

En cuanto al momento en el que se realiza la evaluación, el estudio realizado en el norte de Estados Unidos en el mismo año destaca por una amplia evaluación en el tiempo, no solo centrándose en el momento inicial y final de la intervención, sino también seis meses después tras su aplicación, obteniendo así unos resultados más fiables y realistas³³.

En España, ocurre lo mismo en el estudio desarrollado en Toledo en 2011, con la diferencia de que esta evaluación post-intervención se realiza un año más tarde²⁵.

Muchos programas se centran en evaluar si han conseguido los objetivos propuestos, como la mejora de la calidad de vida y la disminución de la sobrecarga de los cuidadores. Sin embargo, no se describe ningún método para evaluar la comprensión y asimilación de los conocimientos y habilidades en los participantes. Esto muestra una falta de evidencia sobre la evaluación de proceso de los programas educativos dirigidos a cuidadores familiares de pacientes dependientes.

- *Según el perfil de los participantes en el programa*

Tal y como refieren muchos autores, los participantes de los programas son sobre todo mujeres, la mayoría de ellas casadas, que mantienen una relación familiar con la persona dependiente^{33,34,35}. Además de estas características, el programa llevado a cabo en Toledo, incluye entre sus participantes aquellos cuidadores de pacientes que no solo cumplieran la situación de dependencia, sino que también estuvieran incluidos en el programa de atención domiciliaria durante un periodo de tres años²⁵. Con el fin de conseguir unos resultados fiables, el programa que se desarrolló en el ámbito de AP en Brasil en 2015, impone como requisito imprescindible estar libre de problemas cognitivos que dificulten la comunicación y el aprendizaje³⁵.

Sin embargo, una de las características que marcan la diferencia entre los participantes de los programas, tanto en ámbito nacional como internacional, es la situación de la persona a la que prestan sus cuidados. Así en los programas llevados a cabo en España, se dirigen exclusivamente a

cuidadores de pacientes mayores en situación de dependencia tanto física como psíquica^{20,25,27}. A diferencia de éstos, los programas que se desarrollan en países de América del Norte y América del Sur solamente se dirigen a cuidadores de pacientes con Alzheimer^{22,23,30}.

Además, las demandas del rol de cuidar han cambiado con el tiempo, y de acuerdo con Ducharme et al³⁰, el contenido de la intervención debería ser lo suficientemente flexible para adaptarse a las necesidades de las diferentes etapas del cuidador, bien sea por el tipo de paciente cuidado o por la situación personal del cuidador.

- *Según la efectividad de los programas*

En base a los resultados obtenidos, aunque no siendo muchos los estudios encontrados, todos han resultado ser beneficiosos para las personas que prestan cuidados, pero también para las personas que están a su cargo.

Todos los autores que analizan la efectividad de los programas lo hacen a través de estudios casos-control, la mayoría realizados en ámbito internacional^{20,23,24,28}. En ellos, se analizan los efectos de un programa educativo en el “grupo intervención o caso” en comparación con el “grupo sin intervención o control” con el que no se llevaba a cabo el programa grupal.

Tanto el estudio llevado a cabo en Holanda como en el de Tennessee, se obtienen mejores resultados en el grupo de casos frente al grupo control (GC). En Holanda, las actividades formativas dan mejores resultados en el grupo de intervención (GI) que en el GC²⁸. De forma similar, el estudio realizado en Tennessee refleja una significativa reducción de la sobrecarga, de los síntomas depresivos y una mejora de la salud y el autocuidado. Incluso se indica que resulta beneficioso en el manejo del tiempo, ya que los cuidadores refieren ganar una hora al día dedicada para sí mismos²³.

En cuanto a España, los resultados del programa contemplado en el estudio de Orueta et al.²⁵ de 2011, no se alejan de otras realidades. Observa una mejoría de la esfera emocional, de la calidad de vida percibida por los cuidadores y el apoyo social de éstos. Además, unos de los resultados

obtenidos, y que le distingue del resto de programas, es la creación de un grupo de apoyo mutuo por iniciativa propia de los cuidadores, pues ellos mismos decidieron fomentar su relación y realizar encuentros posteriores de forma voluntaria.

A diferencia de otros programas, la intervención llevada a cabo en los estados de Carolina del Norte y Alabama (Estados Unidos) en 2012, aporta resultados novedosos al centrarse en un aspecto no tratado hasta el momento, el nivel económico. En este estudio se demuestra que la situación económica del cuidador y su núcleo familiar están directamente relacionados con el cuidado de la persona dependiente³³.

En el programa dirigido a cuidadores de personas con demencia llevado a cabo en un CS de Indianápolis (Estados Unidos) en 2014, los resultados que se obtuvieron, en contraposición con los resultados obtenidos en los estudios anteriormente mencionados, refieren una persistencia de los síntomas depresivos y mayor sobrecarga en los cuidadores del grupo de intervención. Aunque esto podría indicarnos una falta de efectividad del programa, se concluyó que el azar por el que se rigió la selección de los participantes del GC y del GI podría haber sido el causante de una desigualdad entre ambos grupos. De esta forma, los cuidadores del GI partieron de la base de unos niveles de depresión y sobrecarga mayores que los cuidadores del GC, dificultando así la consecución de los objetivos del programa²⁴.

Tras este análisis, es coherente recalcar la importancia de la educación prestada por parte de enfermería a este grupo de la sociedad dedicado al cuidado de personas en situación de dependencia.

7. Conclusiones

- El papel del profesional de enfermería en AP en la atención a cuidadores de pacientes en situación de dependencia es muy amplio, pues éste no solo se centra en el ámbito de la consulta de enfermería, sino también en la atención domiciliaria e incluso telefónica.
- Ante la necesidad de EPS a los cuidadores de pacientes dependientes, las medidas de apoyo a los cuidadores deberán enfocarse tanto hacia la mejora de las condiciones en que desarrollan su labor de cuidar como su propia calidad de vida.
- Se dispone de escasa información sobre los programas educativos orientados a dar soporte a los cuidadores informales. La gran mayoría de las publicaciones analizadas, a pesar de describir la metodología de los programas, no muestra o no se ha realizado una evaluación de la eficacia de dichas intervenciones.
- La mayoría de los programas de educación a los cuidadores informales que se presentan en los artículos analizados, inciden en la realización de intervenciones grupales, individuales e incluso vía telefónica.
- La evaluación del aprendizaje de los participantes a lo largo de los programas, sobre todo en el área cognitiva y aptitudinal, sugiere una necesidad de investigación en este ámbito.
- Por todo ello, es coherente recalcar la necesidad de estudios que describan con detalle el diseño de los programas educativos dirigidos a cuidadores de pacientes dependientes con un análisis exhaustivo de las diferentes realidades para la obtención de unos resultados claros.

8. Programa de Educación para la Salud dirigido a cuidadores informales de personas mayores dependientes: “¿Quién cuida al cuidador?”

En esta segunda parte del trabajo se propone un programa educativo dirigido a cuidadores de pacientes mayores dependientes, en el que se plantea como escenario un CS de AP. Uno de los ámbitos más destacables de la promoción de la salud es la educación, optando en este caso por un modelo participativo en el cual las personas adquieran progresivamente una mayor capacidad para definir los problemas y resolverlos. Este programa de salud nace del deseo de fomentar la adaptación del cuidador familiar y la persona cuidada a su entorno cotidiano y de ayudar a adquirir las habilidades necesarias para incorporar la dependencia en su vida diaria sin que ello suponga un deterioro grave de salud, siendo el objetivo principal prevenir o reducir la sobrecarga del cuidador.

De esta forma, se plantea diseñar un programa de EPS dirigido a las personas cuidadoras con el fin de proporcionarles, por un lado, apoyo emocional desde nuestra intervención enfermera para que sepan cuidarse de sí mismos, y por otro lado, como grupo de ayuda mutua, que les permita la relación con otros cuidadores, y la obtención de consejos y consuelo del propio grupo.

Según el campo de actuación, este programa está circunscrito al ámbito de la AP, ya que la educación sanitaria que se lleva a cabo es parte integrante de la labor de los profesionales sanitarios. Atendiendo al área de aplicación, este programa va dirigido a aquella población tanto sana como de riesgo, debido a la intención que tiene de averiguar las actitudes, conocimientos y hábitos de los cuidadores de personas dependientes, así como los factores de riesgo externos e internos al individuo. Los participantes de este tipo de programas suelen ser cuidadores, en su mayoría mujeres, que asisten voluntariamente a las diferentes sesiones previa invitación por parte del profesional de enfermería y gracias a la utilización de anuncios o invitaciones

por parte de asociaciones de enfermeros y familiares, o por instituciones sociosanitarias.

Para seleccionar a los participantes del programa se tendrán en cuenta unos criterios determinados: que sean cuidadores familiares durante más de un año de personas mayores dependientes, ambos con historia clínica activa en el CS, y que acepten participar en el programa de forma libre y voluntaria. Sin embargo, se excluirán aquellos cuidadores con discapacidades sensoriales o problemas comunicativos que dificulten el aprendizaje.

El grupo de participantes deberá estar comprendido entre 8-10 personas. A la hora de su puesta en marcha, los profesionales de enfermería que lo llevan a cabo deben valorar las características del grupo al que se dirige, incluyendo características demográficas, sociales y culturales. Además, el profesional también debe tener en cuenta las características del entorno en el que vive el cuidador, el nivel educativo que posee y el grado de dependencia del paciente que cuida, ya que debe adaptarse al grupo al que se dirige.

Objetivos

El objetivo de salud que se plantea en este programa es:

- Reducir y prevenir la sobrecarga de cuidados y mejorar la calidad de vida del cuidador.

Como objetivo educativo se plantea que:

- Los cuidadores que participan en el programa mostrarán interés en realizar las actividades que potencien su autocuidado al finalizar el programa.

Organigrama y cronograma

La ejecución del programa tendrá lugar en un aula adaptada al grupo y a las actividades previstas en su desarrollo, con unas condiciones ambientales y arquitectónicas que favorezcan la interacción y la participación activa de los cuidadores con los profesionales de salud. La disposición de las mesas en el aula será en forma de semicírculo.

Se impartirán 4 sesiones durante ocho semanas, con una frecuencia de una sesión cada dos semanas. Se establecerán los días de realización del programa tras un pacto entre profesionales y cuidadores, adaptándose a las necesidades de ambos. La duración de las sesiones variará en función de los contenidos a tratar. El cronograma del programa puede verse en la tabla del Anexo 3.

Sesión I (1h 40'): ¿por qué cuido?, ¿quién es el cuidador?

Objetivos:

Los cuidadores de personas dependientes que participan en el programa:

- Mostrarán una actitud participativa a lo largo del desarrollo del programa (objetivo actitudinal).
- Expresarán los problemas que cada cuidador encuentra en el proceso de cuidar al finalizar la sesión (objetivo actitudinal).
- Identificarán los factores que influyen en el proceso de cuidar (objetivo cognitivo).

Contenidos:

- Conocimiento del grupo y presentación de los participantes.
- Evaluación inicial.
- Tareas y responsabilidades habituales de un cuidador.
- Aspectos positivos y negativos del cuidado de la persona dependiente.
- Factores que influyen en el proceso de cuidar: sobrecarga de trabajo, situación económica, falta de tiempo para mí, menos dedicación a mi familia, falta de apoyo de mi familia, falta de implicación de los hermanos, me cuesta pedir ayuda, falta de espacio en casa, falta de ayuda de la Administración e inseguridad por hacerlo correctamente.

Metodología:

- Es necesario hacer, al comienzo de la primera sesión, una presentación del grupo, cuyos integrantes estén sentados en círculo. Se presentarán tanto los asistentes (señalando su nombre y las condiciones de la persona a la que cuida) como el enfermero que conduce el grupo (quien

hará un resumen de los contenidos que se van a tratar en el programa a través de las diferentes sesiones) (20 minutos).

- Mediante la *tormenta de ideas o brainstorming* (directo bidireccional), y por orden consecutivo, cada participante expresa sus vivencias respecto a su situación de cuidador diferenciando las satisfacciones e insatisfacciones que estas le producen. El profesional se encarga de escribir estas ideas en una pizarra en blanco para que todos puedan leerlas, recordarlas y ser conocedores de la situación de sus compañeros. Asimismo, el profesional facilita y anima a que se escriban cuantas más cuestiones y opiniones, procurando que haya una participación equitativa entre los diferentes miembros (20-25 minutos).
- A continuación, se entrega individualmente la *ficha “¿Por qué cuido?”* (Anexo 4) (indirecto unidireccional), con la que se pretende conocer más al grupo y sus motivaciones para cuidar, además de provocar en los miembros del grupo la reflexión individual (el hecho de que sea anónimo va a facilitar la sinceridad del grupo). Esta debe ser rellena por cada participante, y posteriormente será recogida por el profesional garantizando el anonimato. Es conveniente que el profesional insista en la posibilidad de los participantes de ampliar el listado propuesto (10 minutos).
- Para estimular al grupo en la participación se utiliza como metodología educativa la *discusión* (directa bidireccional) con la finalidad de que analicen los factores que condicionan el proceso de cuidar. Para ello, se subdivide la clase en grupos formados por tres personas y se propone a los cuidadores una serie de factores cuya importancia discutirán posteriormente. Finalmente, el profesional propicia la reflexión grupal respecto a los factores mencionados con el fin de que los participantes tomen conciencia de que su calidad del cuidado va a estar condicionado por múltiples variables (25-30 minutos).

Evaluación de proceso:

- Después de la presentación, se deja un tiempo para la evaluación inicial. Para ello, pasaremos los dos *cuestionarios* (Anexos 5 y 6) (instrumento cuantitativo) (15 minutos).

- Con el fin de evaluar el objetivo actitudinal propuesto, se registran los datos de la *ficha “¿Por qué cuido?”* recogida anteriormente (instrumento cualitativo) al finalizar la sesión.

Sesión II (1h50’): ¿Influye mi bienestar en el cuidado?

Objetivos:

Los cuidadores de personas dependientes que participan en el programa:

- Resolverán eficazmente situaciones en las que se manifieste el enfado (objetivo aptitudinal).
- Demostrarán habilidad en el manejo de la autonomía de la persona cuidada (objetivo aptitudinal).

Contenidos:

- Actitudes de autoritarismo y sobreprotección. Promover la autonomía.
- Actitudes de empatía, respeto y cariño. Promover la autoestima.
- Manejo del enfado.

Metodología:

- Se trabaja con la *ficha “Ejemplo de un caso sobre la autonomía”* (Anexo 7) utilizando la técnica de *role-playing* (directo bidireccional). Con esta actividad se pretende que los participantes analicen y reflexionen sobre actitudes de autoritarismo y sobreprotección que favorecen la dependencia en las personas a las que cuidan, interpretando papeles que ellos mismos es posible que desempeñen en la vida real. Para ello, el grupo se dividirá en grupos más pequeños de 3 si es posible y elegirán un portavoz por grupo. Tras esto, compartirán sus conclusiones al resto de los grupos y el profesional ayudará a profundizar en el análisis de los aspectos que no hayan sido tratados. Con esta actividad se procura que los asistentes analicen, discutan entre sí e intenten llegar a un acuerdo entre ellos sobre la solución que les parece más adecuada a las cuestiones planteadas. A continuación, se les hace entrega de las *“Pautas para mantener y fomentar la autonomía”* (Anexo 8), donde se recogen unas pautas para fomentar la autonomía de la persona cuidada (40 minutos).

- Intercambiándose unas personas con otras pero manteniendo el grupo subdividido en otros más pequeños, se hace entrega de la misma *ficha* titulada “*Ejemplo de un caso sobre la autoestima*” (Anexo 9). Los participantes deberán cumplimentarla señalando la respuesta que les parece más adecuada a las situaciones planteadas, reconociendo las distintas áreas de intervención que pueden contribuir a su promoción (10 minutos).
- A continuación, mediante la *escenificación* (directo unidireccional), los participantes representan situaciones de la vida cotidiana que ellos mismos hayan experimentado. De esta forma, unos actúan de personas mayores con algún tipo de dependencia, y otros, de cuidadores, mostrando su comportamiento ante situaciones que den opción al enfado. A través de ella, los participantes mostrarán la actitud que ellos tendrían ante determinadas situaciones (15 minutos).
- El profesional lleva a cabo una *charla* (directo unidireccional) sobre las pautas a seguir ante situaciones de enfado en la que deben presentar al grupo los aspectos que les han parecido más interesantes y las dudas que hayan surgido y se le proporciona a cada uno otro las *recomendaciones sobre “Qué hacer y qué no hacer ante el enfado”* (Anexo 10) (30 minutos).
- Para finalizar, los participantes vuelven a repetir la *escenificación* corrigiendo los errores cometidos y aplicando las pautas que se han aprendido (15 minutos).

Evaluación de proceso:

- Mediante el caso y la *escenificación* final el educador observa y registra a través de una *rúbrica de evaluación* (instrumento cualitativo) cómo los participantes consiguen los objetivos aptitudinales propuestos en la sesión.

Sesión III (1h45'): ¿Qué es el Síndrome del cuidador?

Objetivos:

Los cuidadores de personas dependientes que participan en el programa:

- Demostrarán la capacidad de autoanálisis de su situación en relación al Síndrome del Cuidador (objetivo aptitudinal).
- Enumerarán las diferentes fases y los principales síntomas que conforman el Síndrome del Cuidador (objetivo cognitivo).

Contenidos:

- Síndrome del Cuidador y sus fases.
- Principales síntomas en el Síndrome del Cuidador: estrés, agotamiento físico y mental, cambios de humor repentinos, depresión, trastorno del sueño, alteraciones del apetito y del peso, aislamiento social, problemas laborales, etc.
- Control del estrés.

Metodología:

- En primer lugar, se analiza el punto de partida en cuanto a los conocimientos previos que los cuidadores tienen sobre el Síndrome del cuidador utilizando como metodología la *tormenta de ideas* (directo unidireccional) (15 minutos).
- Posteriormente, mediante una *charla* (directo unidireccional), el profesional expone aquellos aspectos que no han salido durante la puesta en común y que se desconocen, permitiendo en todo momento un tiempo para las dudas. Posteriormente, cumplimentará la información con el apoyo de la *diapositiva* (Anexo 11) (directo unidireccional) sobre los principales síntomas del Síndrome del Cuidador y las fases que conforman dicho síndrome. El fin de esta actividad es incidir en los síntomas que nos alertan de la presencia de este síndrome y reforzar las conductas que nos ayudan a prevenirlo. (40 minutos).
- A continuación, se proyecta un video titulado "*Cuando las personas mayores necesitan ayuda*" (indirecto unidireccional) (15 minutos).
- Para finalizar se plantea una *entrevista grupal* (entrevista semiestructurada) mediante preguntas abiertas que lanza el educador y

que debe contestar cada uno de los miembros del grupo sobre lo que se ha visto, con el fin de que expongan sus opiniones, experiencias y reflexiones sobre él. El profesional guiará en todo momento el coloquio, fomentando la participación activa de todos los miembros del grupo (35 minutos).

Evaluación de proceso:

- La evaluación de esta sesión se realizará mediante el registro en el *cuaderno de campo* (instrumento cualitativo) de las preguntas y respuestas obtenidas en la entrevista grupal. Con ella se evalúa el objetivo cognitivo y actitudinal.

Sesión IV (2h 15'): ¿Conozco mis derechos? Un momento para relajarse

Objetivos:

Los cuidadores de personas dependientes que participan en el programa:

- Realizarán correctamente una técnica de relajación (objetivo actitudinal).
- Identificarán los derechos y deberes que tienen como cuidadores (objetivo cognitivo).

Contenidos:

- Derechos y deberes del cuidador.
- Pautas para cuidar de la propia salud. Autocuidado.
Entre ellas destacan:
 - Buscar alguna forma de dormir más.
 - Hacer ejercicio.
 - Evitar el aislamiento dedicando tiempo a los amigos.
 - Salir de casa y mantener aficiones e intereses.
 - Organizar el tiempo.
 - Ser consciente y reconocer los sentimientos negativos.
 - Mantener una visión positiva de la vida y buen sentido del humor.
 - Tener presente tus propios derechos y defenderlos.
- Taller de relajación.
- Evaluación final.

Metodología:

- Se pide a los miembros del grupo lo que les sugiere las palabras “derecho” y “obligación o deber” mediante una *tormenta de ideas* (directo unidireccional) y se recogen las aportaciones a modo de resumen en la pizarra. El profesional intentará llegar, junto con el grupo, a un consenso teniendo en cuenta la definición formal de la palabra. A continuación, y de manera individual, se les entrega una *ficha “los derechos de los cuidadores”* (Anexo 12) y, tras 10 minutos, se pone en común a todo el grupo (25 minutos).
- A través de una *charla participativa* (directo bidireccional) el profesional introducirá y recalcará la importancia no solo de prestar cuidados a la persona dependiente, sino también de saber cuidar de uno mismo. La clave es incitar a los asistentes a la reflexión, al mismo tiempo que se ofrecen unas pautas para llevar a cabo el autocuidado. Como refuerzo, para que los participantes demuestren lo que han aprendido en la charla, mediante la elaboración de una hoja de registro deben escribir las conclusiones sobre los derechos y deberes que tienen como cuidadores (35 minutos).
- Por último, el profesional dirige una sesión de relajación siguiendo un guion (Anexo 13) (directo unidireccional) con el fin de que los participantes experimenten estados de tranquilidad y bienestar. Una vez realizado el ejercicio, se dedican unos minutos a compartir las sensaciones que han experimentado (30 minutos).

Evaluación de proceso:

- Para la evaluación del objetivo cognitivo se recogen las hojas que se han realizado en la última técnica grupal.
- El objetivo aptitudinal se valora mediante la observación mientras se realiza la técnica de relajación, teniendo en cuenta: si son capaces de mantener la calma, la postura corporal, etc.

Recursos humanos y materiales:

- RRHH: para el desarrollo del programa se contará con dos profesionales de enfermería en cada sesión. Uno será el encargado de dirigir las

actividades y otro se encargará de la evaluación mediante la observación y las anotaciones en el cuaderno de campo y servirá de apoyo para algunas metodologías siempre que sea necesario. Además, se contará también con la participación del trabajador social en algunas sesiones, el cual orientará y asesorará sobre las ayudas y recursos existentes para los cuidadores.

- RRMM: un aula equipada con un mínimo de quince sillas, algunas mesas para las actividades grupales, una pizarra blanca, borrador y dos rotuladores, un ordenador, un proyector, esterillas para la relajación y el material didáctico previamente preparado por el educador.

Evaluación

La evaluación del programa se realizará a lo largo del mismo. Para ello, se llevarán a cabo tres tipos de evaluación:

1) Evaluación de estructura

Tiene como finalidad evaluar el propio programa, averiguando los beneficios que han obtenido del programa y plantear cuáles son los aspectos que se pueden mejorar. Para ello, se pasa una *hoja de evaluación* (Anexo 14) (instrumento cuantitativo) que los participantes deben rellenar referente a los recursos, el tiempo y la organización del programa al finalizar la última sesión (10 minutos).

2) Evaluación de proceso

La evaluación de proceso o formativa tiene la finalidad de evaluar los objetivos específicos propuestos en cada sesión. Uno de los objetivos actitudinales que se evalúa al final de cada una de las sesiones tiene que ver con la puntualidad y la participación de los cuidadores. Para ello, el profesional realizará anotaciones y un registro en el *cuaderno de campo* (instrumento cualitativo).

3) Evaluación de resultados

Al finalizar la cuarta sesión, se llevará a cabo la evaluación del objetivo general o educativo del programa mediante una *entrevista grupal* (directo bidireccional) en la que compartirán sus pretensiones y su actitud en la manera

que implementen los conocimientos y habilidades adquiridas en las sesiones a su vida diaria (20 minutos).

Para evaluar el objetivo de salud se realizará una evaluación pre-test y post-test de los sujetos participantes. Para ello, se emplearán varios instrumentos de evaluación:

- En primer lugar, evaluación el “Cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit” (indirecto unidireccional) (Anexo 5), un cuestionario autoadministrado que consta de 22 ítems, con formato de respuesta tipo Likert.
- También se averiguará el “Índice de esfuerzo del cuidador” (Anexo 6), que se trata de una *entrevista semiestructurada* (directo bidireccional) que consta de 13 ítems con respuesta dicotómica verdadero-falso. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. Una puntuación total de 7 o más sugiere un nivel elevado de esfuerzo.

Ambos cuestionarios se pasarán al finalizar la primera sesión (evaluación pre-test) y tras el desarrollo de la cuarta sesión (evaluación post-test), empleando un tiempo de 15 minutos, con el fin de comparar las puntuaciones iniciales respecto a las finales.

Se considera interesante volver a convocar un encuentro aproximadamente a los tres meses de finalizar el programa, donde se reevalúe el impacto de la intervención mediante la utilización de los cuestionarios anteriores.

9. Bibliografía

- ¹ Ley 39/2006 de 14 de diciembre. Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, nº 299 [15-12-2006]
- ² Ferré-Grau C, Rodero V, Cid D, Vives C, Aparicio MR. Guía de cuidados de enfermería: Cuidar al Cuidador en Atención Primaria. Tarragona: Publidisa; 2011.
- ³ López MJ, Orueta R, Gómez S, Sánchez A, Carmona J, Alonso FJ. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. Rev. Clin. Med. Fam [revista en la Internet] 2009 [acceso el 28 de febrero de 2016]; 2(7): 332-339. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v2n7/original3.pdf>
- ⁴ García M, Torres MP, Ballesteros E. Atención a las personas mayores en situación de dependencia. Libro Blanco. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005 2009 [acceso el 28 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>
- ⁵ Rogero J. Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). 2010 [acceso el 28 de febrero de 2016]. Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/12011tiempos_cuidado.pdf
- ⁶ Rico M et al. CuidaCare: effectiveness of a nursing intervention on the quality of life's caregiver: cluster-randomized clinical trial. BMC Nursing [revista en Internet] 2014 [acceso 2 de marzo de 2016]; 13(2). Disponible en: <http://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6955-13-2>
- ⁷ Rogero J. Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. Index. Enferm. [revista en la Internet] 2010 [acceso 8 de marzo de 2016]; 19(1): 47-50. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100010&lng=es.
- ⁸ Sánchez MP, Díaz JF, Cuéllar I, Castellanos B, Fernández MT, de Tena AF. La salud física y psicológica de las personas cuidadoras: comparación entre cuidadores formales e informales. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). 2007 [acceso 8 de marzo de 2016]. Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/idi24_07saludfisica.pdf
- ⁹ Pajares M. Cansancio del rol del cuidador. Reduca [revista en Internet] 2012 [acceso 28 de febrero de 2016]; 4(1): 717-750. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/1015/1028>

¹⁰ Alonso A, Garrido A, Díaz A, Casquero R, Riera M. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con demencia incluidos en el programa ALOIS. Aten. Primaria [revista en Internet] 2004 [acceso 28 de febrero de 2016]; 33(2): 61-68. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13057256&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=38&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v33n02a13057256pdf001.pdf

¹¹ Heather T, Shigemi K. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017. Barcelona: Elsevier; 2015. P. 279-281.

¹² De Valle MJ, Hernández IE, Zúñiga ML, Martínez P. Sobrecarga y Burnout en cuidadores informales del adulto mayor. Enferm. Univ. [revista en Internet] 2015 [acceso 28 de febrero de 2016]; 12(1): 19-27. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v12n1/v12n1a4.pdf>

¹³ González AC, Granado R, García E, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en cuidadoras de personas dependientes de dos zonas rurales de León. Enferm Clín [revista en Internet] 2009 [acceso 8 de marzo de 2016]; 19(5):249-57. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-13142099-S300>

¹⁴ Luis, MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Barcelona: Elsevier; 2013. P. 230-233.

¹⁵ Fernández MI, Montorio I, Díaz P. Cuando las personas mayores necesitan ayuda: Guía para cuidadores y familiares. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO); 1997 [acceso 8 de marzo de 2016]. Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/419_1-mayoresayuda.pdf

¹⁶ Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales. XVI Dictamen del Observatorio de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia. Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales; 2016 [acceso 2 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.directoressociales.com/images/documentos/dictamenes/XVIIdictamen/XVI%20DICTAMEN%20del%20OBSERVATORIO.pdf>

¹⁷ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Evaluación de resultados a 1 de enero de 2012 sobre la aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [acceso 8 de marzo de 2016]. Disponible en: http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/ield_2012.pdf

¹⁸ Zambrano EM, Guerra MD. Formación del cuidador informal: relación con el tiempo de cuidado a personas dependientes mayores de 65 años. Aquichán [revista en Internet]. 2012 [acceso 28 de febrero de 2016]; 12(3): 241-251. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n3/v12n3a04.pdf>

- ¹⁹ Ferrer ME. El aprendizaje de cuidados familiares a pacientes con Alzheimer. [tesis doctoral]. Alicante: Universitat d'Alacant; 2008.
- ²⁰ Rosell-Murphy M et al. Intervention to improve social and family support for caregivers of dependent patients: ICIAS study protocol. BMC Family Practice. 2014 [acceso 24 de marzo de 2016]; 15(53): 1-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4230240/pdf/1471-2296-15-53.pdf>
- ²¹ Sotto-Mayor M, Sequeira C, García B. Consulta de enfermería dirigida a cuidadores informales: instrumentos de diagnóstico e intervención. Gerokomos. 2013 [acceso 24 de marzo de 2016]; 24 (3): 115-119. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v24n3/comunicacion3.pdf>
- ²² Vargas-Escobar LM. Aporte de enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer. Aquichan. 2012 [acceso 24 de marzo de 2016]; 12(1): 62-76. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n1/v12n1a07.pdf>
- ²³ Nichols LO, Adams J, Burns R, Graney MJ, Zuber J. Translation of a Dementia Caregiver Support Program in a HealthU-Profit Care System-REACH VA. Arch. Intern. Med. 2011 [acceso 24 de marzo de 2016]; 171(4): 353-359. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/50226912_Translation_of_a_Dementia_Caregiver_Support_Program_in_a_Health_Care_System-REACH_VA
- ²⁴ Fortinsky R et al. Results and lessons learned from a Nurse Practitioner-Guided Dementia Care Intervention for Primary Care patients and their family caregivers. Res Gerontol. Nurs [revista en Internet]. 2014 [acceso 24 de marzo de 2016]; 7(3): 126-137. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4040327/pdf/nihms566841.pdf>
- ²⁵ Orueta R, Gómez RM, Gómez S, Sánchez A, López M, Toledano P. Impacto sobre el cuidador principal de una intervención realizada a personas mayores dependientes. Atención Primaria [revista en Internet]. 2011 [acceso 24 de marzo de 2016]; 43 (9): 490-496. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90026692&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=151&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v43n09a90026692pdf001.pdf
- ²⁶ Arias M, García-Vivar C. The transition of palliative care from the hospital to the home: a narrative review of experiences of patients and family caretakers. Invest. Educ. Enferm. [revista en Internet]. 2015 [acceso 24 de marzo de 2016]; 33 (3): 482-491. Disponible en: <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/24457/19992>
- ²⁷ Amaro E. Programa grupal psicosocial y psicoeducativo dirigido al cuidador principal del enfermo en fase temprana de la esquizofrenia. Nure Investigación. 2012 [acceso 24 de marzo de 2016]; 1 (57): 1-16. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/574/563>

- ²⁸ Bleijenberg N et al. Proactive and integrated primary care for frail older people: design and methodological challenges of the Utrecht primary care PROactive frailty intervention trial (U-PROFIT). *BMC Geriatrics* [revista en Internet]. 2012 [acceso 24 de marzo de 2016]; 12 (16): 1-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3373372/pdf/1471-2318-12-16.pdf>
- ²⁹ Espinoza K, Jofre V. Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. *Ciencia y enfermería*. 2012 [acceso 24 de marzo de 2016]; 18 (2): 23-30. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v18n2/art_03.pdf
- ³⁰ Ducharme FC et al. "Learning to become a family caregiver". Efficacy of an intervention program for caregivers following diagnosis of dementia in a relative. *The Gerontologist*. 2011 [acceso 24 de marzo de 2016]; 51 (4): 484-494. Disponible en: <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/51/4/484.full.pdf+html>
- ³¹ Velásquez V, López L, López H, Cataño N, Muñoz E. Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. *Rev. Salud Pública*. 2011 [acceso 24 de marzo de 2016]; 13 (4): 610-619. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v13n4/v13n4a06.pdf>
- ³² Rodríguez MJ, del Castillo F, Arenas A, Fernández I, Martínez C, Pérez AR. Una guía clara, aplicable, recomendable y que se cumple. *Enfermería global* [revista en Internet]. 2012 [acceso 24 de marzo de 2016]; 1 (26): 227-236. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/administracion5.pdf>
- ³³ Van Houtven CH, Thorpe JM, Chestnutt D, Molloy M, Boling JC, Davis LL. Do Nurse-Led skill training interventions affect informal caregivers' out-of-pocket expenditures? *The Gerontologist*. 2012 [acceso 24 de marzo de 2016]; 52(1): 60-70. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3551205/pdf/gns045.pdf>
- ³⁴ Ferré-Grau C, Sevilla M, Cid D, Lleixà M, Monteso P, Berenguer M. Cuidar a la cuidadora familiar: análisis de una intervención centrada en la familia. *Rev Esc Enfem USP*. 2014 [acceso 24 de marzo de 2016]; 48(1): 89-96. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/es_0080-6234-reeusp-48-esp-089.pdf
- ³⁵ Silva A, Alves C, Alves FP, da Silva J, de França IS, Silva K. Quality of life of caregivers of octogenarians: a study using the WHOQOL-BREF. *Invest Educ Enferm* [revista en Internet]. 2015 [acceso 24 de marzo de 2016]; 33(3): 529-538. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v33n3/v33n3a17.pdf>
- ³⁶ Breinbauer K Hayo, Vásquez V Hugo, Mayanz S Sebastián, Guerra Claudia, Millán K Teresa. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2009 Mayo [citado 2016 Jun 05]; 137(5): 657-665. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000500009&lng=es.
- ³⁷ Cossio I et al. Guía de atención a las personas cuidadoras. Asturias: Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2006.

³⁸ Guía de cuidadores: aprender a cuidarse para cuidar mejor. Benito LF et al. Madrid: INSALUD; 2001.

³⁹ Barbier M, Moreno M, Sanz S. Guía de autocuidado y cuidado para personas cuidadoras familiares de personas mayores en situación de dependencia. Bizkaia: Disputación Foral de Bizkaia; 2011.

⁴⁰ Álvarez M, Morales JM. Guía para cuidadoras de personas dependientes. Málaga: Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. Málaga; 2007.

10. ANEXOS

Anexo 1. Tabla 1. Ecuaciones de búsqueda y artículos utilizados. *Tabla de elaboración propia.*

Bases de datos Palabras clave	PubMed		Cuiden		SciELO		Scopus	
	AE	AS	AE	AS	AE	AS	AE	AS
"caregiver" and "primary care" and "nursing" and "intervention"	37	7	45	1	1	0	31	1
"cuidador" and "atención primaria" and enfermería" and "intervención"								
"education" and "caregiver" and "nursing"	33	4	289	1	33	0	454	NO VALORABLE
"educación" and "cuidador" and "enfermería"								
"take care" and "caregiver" and "intervention"	36	0	72	0	2	1	20	0
"cuidar" and "cuidador" and "intervención"								
"program" and "education" and "nursing" and "caregiver"	20	0	70	1	8	0	208	0
"programa" and "educación" and "enfermería" and "cuidador"								
							TOTAL	16

Anexo 2. Tabla 2. Resumen de los artículos analizados. *Tabla de elaboración propia.*

	Año	Artículos	Lugar del estudio	Tipo de estudio
1	2011	Nichols LO, Adams J, Burns R, Graney MJ, Zuber J. Translation of a Dementia Caregiver Support Program in a HealthU-Profit Care System-REACH VA ²³ .	Tennessee (Estados Unidos)	Estudio experimental
2	2011	Ducharme FC et al. "Learning to become a family caregiver". Efficacy of an intervention program for caregivers following diagnosis of dementia in a relative ³⁰ .	Quebec (Canadá)	Estudio experimental
3	2011	Velásquez V, López L, López H, Cataño N, Muñoz E. Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural ³¹ .	Bogotá (Colombia)	Estudio cuasi-experimental.
4	2011	Orueta R, Gómez RM, Gómez S, Sánchez A, López M, Toledano P. Impacto sobre el cuidador principal de una intervención realizada a personas mayores dependientes ²⁵ .	Toledo	Estudio experimental
5	2012	Vargas-Escobar LM. Aporte de enfermería a la calidad de vida del cuidador familiar del paciente con Alzheimer ²² .	—	Revisión bibliográfica
6	2012	Amaro E. Programa grupal psicosocial y psicoeducativo dirigido al cuidador principal del enfermo en fase temprana de la esquizofrenia ²⁷ .	Bizcaia (País Vasco)	Estudio experimental
7	2012	Bleijenberg N et al. Proactive and integrated primary care for frail older people: design and methodological challenges of the Utrecht primary care PROactive frailty intervention trial (U-PROFIT) ²⁸ .	Utrecht (Holanda)	Estudio experimental
8	2012	Espinoza K, Jofre V. Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales ²⁹ .	Chile	Estudio observacional
9	2012	Rodríguez MJ, del Castillo F, Arenas A, Fernández I, Martínez C, Pérez AR. Una guía clara, aplicable, recomendable y que se cumple ³² .	Asturias	Estudio observacional
10	2012	Van Houtven CH, Thorpe MJ, Chestnutt D, Molloy M, Boling JC, Davis LL. Do Nurse-Led skill training interventions affect informal caregivers' out-of-pocket expenditures? ³³	Durham y Birmingham (Estados Unidos)	Estudio experimental
11	2013	Sotto-Mayor M, Sequeira C, García B. Consulta de enfermería dirigida a cuidadores informales: instrumentos de diagnóstico e intervención ²¹ .	Portugal	Estudio observacional
12	2014	Rosell-Murphy M et al. Intervention to improve social and family support for caregivers of dependent patients: ICIAS study protocol ²⁰ .	Barcelona	Estudio experimental
13	2014	Fortinsky R, et al. Results and lessons learned from a Nurse Practitioner-Guided Dementia Care Intervention for Primary Care patients and their family caregivers ²⁴ .	Connecticut (Estados Unidos)	Estudio experimental
14	2014	Ferré-Grau C, Sevilla M, Cid D, Lleixà M, Monteso P, Berenguer M. Cuidar a la cuidadora familiar: análisis de una intervención centrada en la familia ³⁴ .	Tarragona	Estudio experimental
15	2015	Arias M, García-Vivar C. The transition of palliative care from the hospital to the home: a narrative review of experiences of patients and family caretakers ²⁶ .	—	Revisión bibliográfica
16	2015	Silva A, Alves C, Alves FP, da Silva J, de França IS, Silva K. Quality of life of caregivers of octogenarians: a study using the WHOQOL-BREF ³⁵ .	São Paulo (Brasil)	Estudio observacional

Anexo 3. Cronograma. *Tabla de elaboración propia.*

SESIÓN	FECHA Y HORA	LUGAR	METODOLOGÍA
SESIÓN I ¿POR QUÉ CUIDO?, QUIÉN ES EL CUIDADOR?	1ª SEMANA 17 H. (1H 40')	Sala de formación del Centro de Salud.	Presentación de los participantes (20 minutos) Evaluación inicial (pre-test) (15 minutos) Tormenta de ideas (25 minutos) Ficha "¿Por qué cuidado?" (10 minutos) Discusión (30 minutos)
SESIÓN II ¿INFLUYE MI BIENESTAR EN EL CUIDADO?	2ª SEMANA 17 H. (1H 50')		Role-playing y ficha "Ejemplo de un caso sobre la autonomía" (40 minutos) Entrega de ficha y reflexión (10 minutos) Escenificación (15 minutos) Charla (30 minutos) Escenificación asistida (15 minutos)
SESIÓN III ¿QUÉ ES EL SÍNDROME DEL CUIDADOR?	3ª SEMANA 17 H. (1H 45')		Tormenta de ideas (15 minutos) Charla (40 minutos) Proyección de video (15 minutos) Entrevista grupal (35 minutos)
SESIÓN IV ¿CONOZCO MIS DERECHOS? UN MOMENTO PARA RELAJARSE	4ª SEMANA 17 H. (2H 15')	Sala de usos múltiples del Centro de Salud.	Tormenta de ideas y ficha (25 minutos) Charla participativa (35 minutos) Ejercicio de relajación (30 minutos) Entrevista grupal (20 minutos) Evaluación final (post-test) (15 minutos) Hoja de evaluación (10 minutos)

Anexo 4. Ficha “¿Por qué cuido?” (Sesión I).

De las siguientes frases, señale la/s que más se ajuste/n a su caso:	
Porque me gusta.	
Porque me necesita	
Porque lo hago mejor que otro/s.	
Porque no puedo pagar a una persona que lo haga.	
Porque estoy esperando plaza en una Residencia.	
Siento que mi familia así lo desea.	
Porque lo hemos decidido entre todos mis hermanos/as.	
Porque mi casa reúne mejores condiciones.	
Porque soy mujer y me toca a mí.	
Porque soy el/la mayor.	
Porque él/ella hubiera hecho lo mismo por mí.	
Porque él/ella me cuidó a mí.	
Porque soy soltero/a y no tengo otras obligaciones familiares.	

Tabla de elaboración propia.

Anexo 5. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (evaluación de resultados) (I y IV sesión).

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
Puntuación para cada respuesta*	1	2	3	4	5
1 ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2 ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3 Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4 ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5 ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6 ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?					
7 ¿Tiene miedo por el futuro de su familia?					
8 ¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9 ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
10 ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
11 ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?					
12 Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					
13 ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14 ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15 ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16 ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17 ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18 ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19 ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20 ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21 ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22 Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

* Escala de Zarit (Todos los ítems): Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (≤ 46), "sobrecarga ligera" (47-55) y "sobrecarga intensa" (≥ 56). El estado de sobrecarga ligera se reconoce como un riesgo para generar sobrecarga intensa. El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbilidad del cuidador.

Fuente: Breinbauer K Hayo, Vásquez V Hugo, Mayanz S Sebastián, Guerra Claudia, Millán K Teresa. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Rev. méd. Chile [Internet]. 2009 Mayo [citado 2016 Jun 05]; 137(5): 657-665³⁶.

Anexo 6. Índice de esfuerzo del cuidador (evaluación de resultados) (I y IV sesión).

(Anotar Sí o No) (Sí: 1 punto. No: 0 puntos.)

ÍNDICE DEL ESFUERZO DEL CUIDADOR		SÍ	NO
1	Tiene trastornos del sueño (por ejemplo, porque el enfermo se levanta o se acuesta por la noche).		
2	El cuidado de su paciente es poco práctico (porque la ayuda le consume mucho tiempo y tarda en proporcionarse).		
3	Esta situación le representa un esfuerzo físico (por ejemplo, por que hay que sentarlo y levantarlo de la silla).		
4	Le supone una restricción a su vida anterior (por ejemplo, por que ayudar le limita el tiempo libre y no puede hacer visitas) .		
5	Ha habido modificaciones en su familia (por ejemplo, la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad).		
6	Ha habido cambios en los planes personales (por ejemplo, tuvo que rechazar un trabajo o no pudo ir de vacaciones).		
7	Ha habido otras exigencias de tiempo (por parte de otros miembros de la familia).		
8	Ha habido cambios emocionales (por ejemplo, por discusiones).		
9	Algunos comportamientos del paciente le resultan molestos (por ejemplo, incontinencia, acusa de que le quitan cosas).		
10	Le duele darse cuenta de lo mucho que ha cambiado el enfermo comparado a cómo era antes.		
11	Ha habido modificaciones en su trabajo.		
12	El enfermo es una carga económica.		
13	La situación se ha desbordado totalmente.		
Puntos:			

Si su puntuación es superior a 7 ¡cuidado!, esta poniendo en riesgo su SALUD.

Fuente: Breinbauer K Hayo, Vásquez V Hugo, Mayanz S Sebastián, Guerra Claudia, Millán K Teresa. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Rev. méd. Chile [Internet]. 2009 Mayo [citado 2016 Jun 05]; 137(5): 657-665³⁶.

Anexo 7. Ejemplo de un caso sobre la autonomía (sesión II).

De elaboración propia.

Pilar cuida a su madre de 76 años, la cual ha sufrido trombosis cerebral y tiene el brazo izquierdo paralizado, aunque ha recuperado mucho con la rehabilitación y puede hacer casi todo sola pero despacio.

Rosa vive con su padre de 82 años, diabético, con poca vista y temblor del pulso. Y Marisa cuida a su suegra, la cual dice que “lo único que le pasa es que está muy mayor y está muy torpe”.

Como son conocidas, hablan de su situación familiar:

Pilar: Mi madre cada día hace menos caso, tengo que estar todo el día pendiente de que se bañe y haga algo. Suficiente tengo yo con todas las tareas de casa, el trabajo... Por mucho que se lo diga, acabo por hacerlo yo y así adelanto más. Le lavo, le peino y le pongo a ver la tele.

Rosa: Yo prefiero que no haga nada, entre que está tan torpe y lo mal que ve, se le cae todo. Yo ya le he dicho que no se preocupe, que no hace falta que se mueva porque se lo voy a hacer todo. Por las mañanas le ducho rápido, le peino y le dejo escuchando la radio.

Marisa: Sinceramente, yo creo que hay que intentar dejarles hacer lo máximo posible, sino cada día estarán más torpes. Yo la animo a que se vista casi sola, que aunque le cueste más rato así se siente más útil.

Cuestiones:

- ¿Le parecen reales estas situaciones?
- ¿Con cuál se siente más identificado/a?
- ¿Cuál cree que hace que la persona cuidada sea más independiente?
¿Y más dependiente?

Anexo 8. “Pautas para mantener y fomentar la autonomía” (Sesión II).

- ✓ Que las personas a las que cuidan hagan todo lo posible por sí mismos. Quizás al principio le lleve más tiempo, pero seguramente aumentará su satisfacción al ver que su familia mantiene su autonomía y se siente mejor.
- ✓ Tener paciencia y no darse por vencido. Haga que se sienta útil.
- ✓ Anímele a tomar sus propias decisiones.
- ✓ Detectar y potenciar las habilidades de la persona cuidada. Fijarse en todas las tareas, puede que no sea capaz de bañarse solo, pero quizás sí sea capaz de enjabonarse la cara. Si observa alguna actividad que su familiar pueda hacer solo, recuérdesele y anímelo a hacerlo la próxima vez.
- ✓ Posibilitar que continúe teniendo ciertas obligaciones y que asuma todas las responsabilidades que pueda.
- ✓ Respete su intimidad personal: llame a la puerta del baño y no entre hasta que conteste, respete sus deseos de estar ratos a solas...
- ✓ Adaptar la vivienda a sus necesidades para que sea más segura y utilice ayudas técnicas si fuera necesario.
- ✓ Refuerce a la persona que cuida en todo lo que hace bien.

Modificado de: Cossio I et al. Guía de atención a las personas cuidadoras. Asturias: Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2006³⁷.

Anexo 9. Ficha “Ejemplo de un caso sobre la autoestima” (Sesión II).

1. Un día tu familiar, sin que usted le diga nada, se levanta de comer y recoge lo que hay en la mesa.
 - a. Se lo agradezco y le doy un beso por el detalle.
 - b. No le digo nada.
 - c. Le digo que ya era hora de que ayudara en algo.
 - d. Le digo que no haga nada, que ya lo hago yo.
2. Tras dejar a su familiar vistiéndose en la habitación, al volver ve que se ha puesto la chaqueta debajo de la camisa y un calcetín al revés, ¿qué hace usted?
 - a. Le riño y le digo que cómo ha podido vestirse así, y le visto bien.
 - b. No le riño, le digo que no lo ha hecho bien pero le ayudo a vestirse.
 - c. Me tomo un tiempo para decirle que no pasa nada porque no lo haya hecho bien, pero le pido que me preste atención para enseñarle cómo es la forma correcta.
3. Su familiar no quiere levantarse por las noches al baño y pide un orinal para tenerlo al lado de la cama. A usted no le parece bien.
 - a. Le insisto que se levante al baño.
 - b. Le explico que con lo torpe que está si utiliza el orinal se le puede caer o puede resbalar.
 - c. Le pido que me avise cuando quiera orinar.
 - d. Le doy el orinar para que esté tranquilo y le explico cómo tiene que hacer si se despierta con ganas de orinar.

Modificado de: Guía de cuidadores: aprender a cuidarse para cuidar mejor. Benito LF et al. Madrid: INSALUD; 2001³⁸.

Anexo 10. Recomendaciones sobre “Qué hacer y qué no hacer ante el enfado” (Sesión II).

¿Qué hacer?

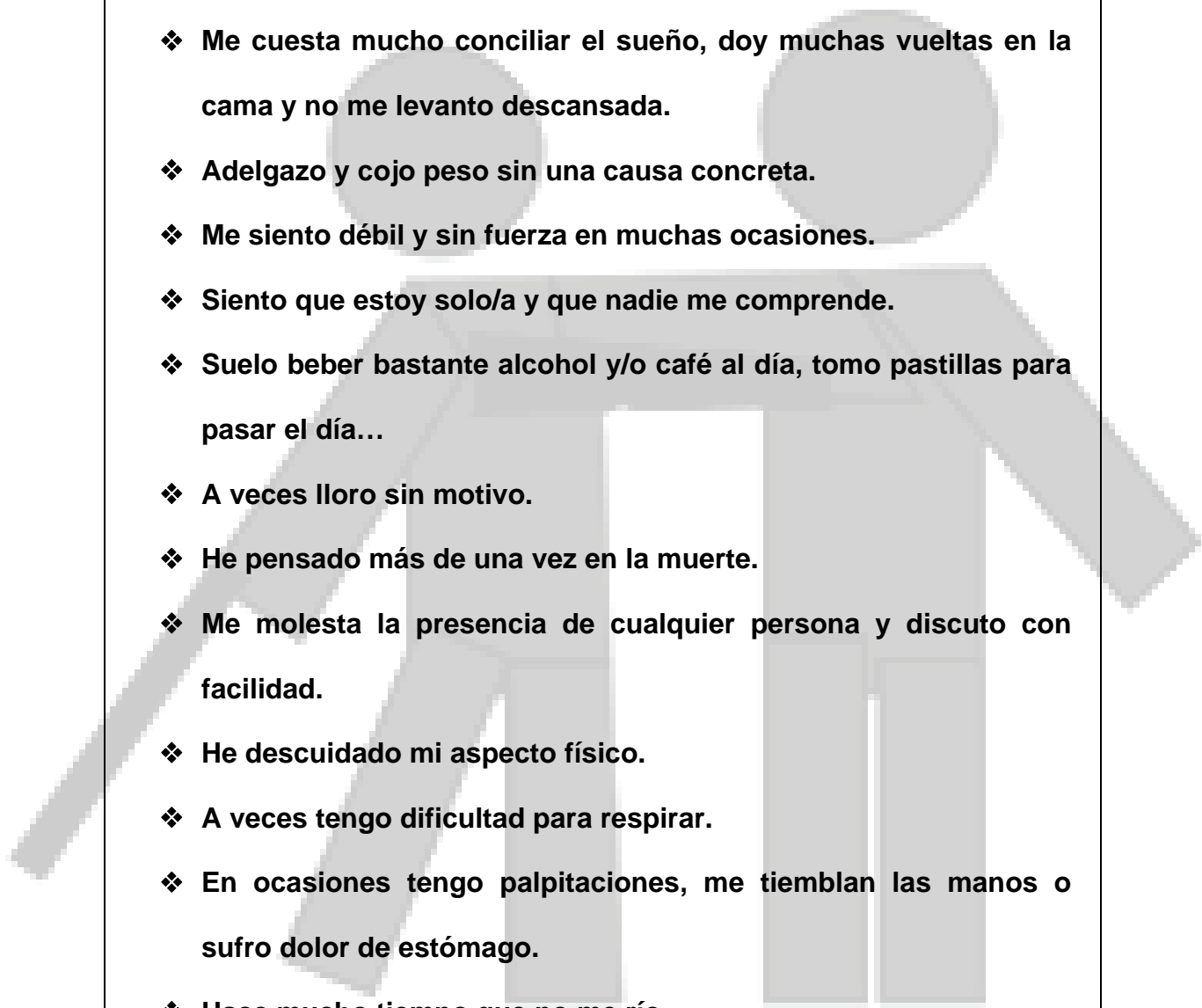
- ✓ Reconocer la irritación de la persona y comprenderle.
- ✓ Preguntarle lo que le sucede.
- ✓ Escuchar cuidadosamente y dar tiempo a que la persona exprese su irritación antes de contestarle.
- ✓ Ayudar a la persona a afrontar la situación cuando percibe su mal comportamiento.
- ✓ Mantener un tono de voz calmado y bajar el volumen.
- ✓ Empatizar con la persona irritada sin necesidad de estar de acuerdo con ella, una vez su hostilidad se ha reducido.
- ✓ Expresar tus sentimientos después del enfado y pedirle que en otras ocasiones se conduzca de otro modo.
- ✓ Pedir ayuda cuando creas que no puedes hacer frente a la situación.

¿Qué no hacer?

- ✗ Rechazar la irritación o tratar de calmarle para que no hable.
- ✗ Negarse a escuchar.
- ✗ Avergonzar a la persona por su mal comportamiento.
- ✗ Elevar el tono de voz y discutir públicamente.
- ✗ No pedir explicaciones en el momento en el que la persona está nerviosa, especialmente si la persona presenta deterioro cognitivo.

Modificado de: Barbier M, Moreno M, Sanz S. Guía de autocuidado y cuidado para personas cuidadoras familiares de personas mayores en situación de dependencia. Bizkaia: Disputación Foral de Bizkaia; 2011³⁹.

Anexo 11. Principales síntomas del síndrome del cuidador (sesión III).

- 
- ❖ **Mi estado de ánimo ha cambiado mucho en poco tiempo (estoy triste, apático, no actúo como de normal).**
 - ❖ **Me cuesta mucho conciliar el sueño, doy muchas vueltas en la cama y no me levanto descansada.**
 - ❖ **Adelgazo y cojo peso sin una causa concreta.**
 - ❖ **Me siento débil y sin fuerza en muchas ocasiones.**
 - ❖ **Siento que estoy solo/a y que nadie me comprende.**
 - ❖ **Suelo beber bastante alcohol y/o café al día, tomo pastillas para pasar el día...**
 - ❖ **A veces lloro sin motivo.**
 - ❖ **He pensado más de una vez en la muerte.**
 - ❖ **Me molesta la presencia de cualquier persona y discuto con facilidad.**
 - ❖ **He descuidado mi aspecto físico.**
 - ❖ **A veces tengo dificultad para respirar.**
 - ❖ **En ocasiones tengo palpitaciones, me tiemblan las manos o sufro dolor de estómago.**
 - ❖ **Hace mucho tiempo que no me río.**

Fuente: Álvarez M, Morales JM. Guía para cuidadoras de personas dependientes. Málaga: Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. Málaga; 2007⁴⁰.

Anexo 12. Ficha “Los derechos de los cuidadores” (sesión IV).

Como cuidador, tienes derecho a...

- ✓ **Dedicarte tiempo y actividades a ti mismo sin sentimientos de culpa.**
- ✓ **Experimentar sentimientos negativos por ver a tu ser querido enfermo.**
- ✓ **Preguntar y pedir ayuda sobre aquello que no seas capaz de resolver solo.**
- ✓ **Ser tratado con respeto.**
- ✓ **Cometer errores y a ser disculpado por ellos.**
- ✓ **Ser reconocido como un miembro valioso en tu familia.**
- ✓ **Quererte a ti mismo y a admitir que haces todo lo que está al alcance de tus posibilidades.**
- ✓ **Aprender y disponer tiempo para ello.**
- ✓ **Admitir y expresar sentimientos, tanto positivos como negativos.**
- ✓ **Decir “no” ante demandas excesivas o inapropiadas.**
- ✓ **Seguir con tu propia vida.**

Fuente: Cossio I et al. Guía de atención a las personas cuidadoras. Asturias: Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2006³⁷.

Anexo 13. Guion para la relajación (Sesión IV). De elaboración propia.

- Toma una postura en la que todo el cuerpo esté cómodo.
- Date cuenta si alguna prenda te oprime el cuerpo y si es así, aflójala.
- Permite que el ruido del exterior y mi voz te ayuden a centrarte en ti, en tus sensaciones.
- Tensa todos aquellos músculos que se activan en una situación de ansiedad o temor, mantenlos unos segundos, y relájese progresivamente. Tenga en cuenta la cara, los brazos, las piernas, el vientre...
- Primero, ténsalos lo más que puedas, nota la sensación de tensión, relaja esos músculos y siente la agradable sensación que percibe al relajarlos.
- Ahora nos centramos en la frente. Arruga la frente todo lo que puedas durante cinco segundos y siente la tensión que se produce. Comienza a relajarla despacio y agradece la sensación de falta de tensión.
- Seguimos con la nariz y los labios. Arruga la nariz durante cinco segundos, relájala. Arruga los labios otros cinco segundos, relájalos.
- Hacemos lo mismo con el cuello. Aprieta el cuello tanto como puedas y mantenlo tenso. Vaya relajando los músculos lentamente, concentrándote en la diferencia entre tensión y relación.
- Ahora levanta los brazos y cierra el puño tanto como puedas. Ve bajando los brazos y abriendo los puños poco a poco, descansando el brazo sobre el muslo.
- Sentado en la silla, inclina la espalda notando la tensión en la mitad de la espalda. Lleva los codos hacia atrás y tensa todos los músculos que puedas. Vuelva a apoyar la espalda en el respaldo de la silla y relaja los brazos sobre los muslos.
- Nos podemos de pie. Tensa todo tu cuerpo, aprieta las manos a ambos lados del cuerpo y meta el estómago hacia dentro. Comienza a relajar los músculos desde la cabeza a los pies. Nota la diferencia entre tensión y relajación.
- De nuevo sentado, lleva toda la atención a tu respiración, respirando conscientemente, pausadamente. Nota cómo entra el aire y cómo sale por la nariz. Date cuenta de lo que pasa en tu cuerpo cuando entra el aire y sale al exterior. Ahora, conscientemente, expulsa todo el aire, lentamente, dejando que salga hasta que el cuerpo te pida que tomes de nuevo aire.
- Respira de nuevo suavemente, siendo consciente de la respiración.

- Cada vez que tomas aire tu cuerpo se tensa, y cada vez que lo exhalas tu cuerpo se afloja, se relaja.
- Deja ahora que tu respiración se produzca espontáneamente.
- Lleva toda tu atención a tus pensamientos y permite que éstos vengan y vayan, desprendiéndote de ellos. Tómame tu tiempo.
- De nuevo, dirige tu atención a tu cuerpo. Si te das cuenta de que estás incómodo, busca otra postura mejor y nota cómo tu respiración a es más tranquila, más profunda...
- Disponte a salir del estado de relajación en el que te encuentras y, para ello, toma tres respiraciones profundas: respira profundamente uno, respira profundamente dos, y respira profundamente tres.

Anexo 14. Hoja de evaluación de la actividad en grupo (sesión IV).

De elaboración propia.

Queremos conocer su opinión sobre el grupo del que ha formado parte, agradeciéndole su colaboración. Le pedimos que anote con una X la casilla que le parezca más correcta.

1. Su participación en el grupo le ha ayudado a aumentar sus conocimientos para prestar mejor cuidado a su familiar.

Nada	Poco	Muy poco	Bastante	Mucho	Completamente

2. Con respecto al cuidado que presta, ha aprendido a aplicar los conocimientos adquiridos.

Nada	Poco	Muy poco	Bastante	Mucho	Completamente

3. Su participación en el grupo ha conseguido disminuir su ansiedad.

Nada	Poco	Muy poco	Bastante	Mucho	Completamente

4. Su participación en el grupo le ha ayudado a reconocer y expresar sus sentimientos.

Nada	Poco	Muy poco	Bastante	Mucho	Completamente

5. Considera que su participación le ha ayudado a afrontar mejor su situación.

Nada	Poco	Muy poco	Bastante	Mucho	Completamente

6. La actuación de los profesionales en el grupo le ha parecido:

Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena	Excelente

7. La condiciones de la sala en la que se ha reunido el grupo.

Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena	Excelente

8. El horario se ha adaptado a sus necesidades.

Nada	Poco	Muy poco	Bastante	Mucho	Completamente

9. La duración del programa le ha parecido:

Nada	Poco	Muy poco	Bastante	Mucho	Completamente

10. Desearía mantener el contacto con los participantes del grupo?

11. ¿Recomendaría a otras personas en su situación que participaran en un grupo?

12. Comente cuantas sugerencias considere oportunas para la mejora de esta actividad.

Muchas gracias