



**ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA**



## **Trabajo Fin de Grado**

**Título:**

***Taller educativo  
para cuidadores principales de pacientes  
que han sufrido un ictus***

Alumna: María Careaga Rivas

Director: Jesús Morente López

Codirectora: Ana Sofía Fernandes Ribeiro

**Madrid, abril de 2020**

**Agradecimientos.**

*A mis padres,  
por sus palabras de ánimo y por confiar en mí, sin ellos nada de esto hubiese sido posible.*

*A mis abuelos,  
por inspirarme y ser un pilar fundamental en mi vida.*

*A Javi,  
por su apoyo incondicional.*

*Gracias. Os quiero.*

*También todos aquellos que de una forma u otra me han acompañado en esta etapa.*

# Índice.

I. Resumen.....	5
II. Abstract.....	5
III. Presentación.....	6
IV. Estado de la cuestión.....	7
1. Fundamentación.....	7
1.1. Ictus.....	8
1.1.1. Definición y clasificación.....	8
1.1.2. Daño cerebral adquirido (DCA).....	10
1.1.3. Clínica de la enfermedad.....	10
1.1.4. Secuelas de la enfermedad.....	11
1.1.5. Tratamiento.....	12
1.1.6. Morbilidad y mortalidad del ictus.....	14
1.2. Ictus, dependencia y cuidadores informales.....	15
1.2.1. Definición y características de cuidadores informales.....	15
1.2.2. Síndrome de Burnout y calidad de vida.....	17
1.2.3. Depresión y ansiedad en los cuidadores principales.....	18
1.2.4. Cuidados, enfermería y cansancio del cuidador.....	19
2. Justificación.....	21
V. Proyecto educativo.....	22
1. Población y captación.....	22
2. Objetivos.....	24
2.1. Objetivo general.....	24
2.2. Objetivos específicos.....	24
3. Contenidos.....	26

4. Sesiones.....	27
5. Evaluación.....	38
VI. Bibliografía.....	40
VII. Anexos.....	43
Anexo 1: Preguntas de la Escala de Zarit.....	44
Anexo 2: Folleto.....	45
Anexo 3: Póster.....	47
Anexo 4: Test de evaluación de la estructura y el proceso para participantes.....	48
Anexo 5: Guion del observador.....	49
Anexo 6: Hoja de anotación de tiempo de autocuidado.....	51
Anexo 7: Test de conocimientos previos-posteriores al proyecto.....	52

## I. Resumen.

El ictus o accidente cerebrovascular es una enfermedad crónica localizada a nivel cerebral, que se produce por la alteración de una o varias fracciones del encéfalo de forma transitoria o permanente. Es una enfermedad de alta prevalencia a nivel nacional y mundial, que acarrea graves secuelas tanto en la persona que lo sufre, como en las personas que le rodean, los cuidadores.

Los cuidadores sufren un gran impacto físico, emocional y mental deteriorando su calidad de vida. Por tanto, el objetivo es la elaboración de un proyecto educativo para prevenir el deterioro de la calidad de vida del cuidador principal. La intervención enfermera es necesaria para la transmisión de cuidados, habilidades y conocimientos durante el desarrollo del mismo por su repercusión social y sanitaria.

**Palabras claves:** accidente cerebrovascular; cuidadores; calidad de vida; enfermería; agotamiento psicológico.

## II. Abstract.

Stroke is a chronic, localized disease of the brain caused by a temporary or permanent alteration of one or several fractions of the brain. It is an illness of high national and global prevalence that has severe implications for the person who suffers it, as well as for the people surrounding them, the caregivers.

Caregivers suffer a significant physical, emotional and mental impact, deteriorating their quality of life. Therefore, the objective is the creation of an educative project to prevent the main caregiver's quality of life from deteriorating. Nursing intervention is necessary for the transmission of care, skills and knowledge during the development of the same one by its social and health impact.

**Key Words:** stroke; caregivers; quality of life; nursing; psychological burnout.

### **III. Presentación.**

El ictus o ACV (accidente cerebrovascular) es una enfermedad prevalente en nuestro país. Se encuentra entre las primeras causas de mortalidad para ambos géneros y la primera de discapacidad. Esta enfermedad conlleva un gran número de secuelas que obstaculizan la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria por parte del usuario.

Esto hace que el usuario dado de alta en el domicilio necesite ayudas y en ocasiones cuidadores informales para poder desarrollar dichas actividades. Los cuidadores informales son aquellos que no tienen conocimientos previos en el cuidado, no tienen un horario preestablecido y no están remunerados económicamente.

Como consecuencia del cuidado sufren alteraciones en su estilo de vida, causando depresión, sobrecarga del cuidador o cansancio del rol del cuidador. Causando un gran impacto tanto personal como familiar.

Una de las funciones de la enfermería es la docencia y, por tanto, la educación para la salud. Para ello y en este contexto, he creado un proyecto educativo que se centra tanto en el cuidado como en el cuidador. Se desarrollan sesiones para la adquisición de conocimientos y habilidades centradas en el cuidado de los usuarios. Sin dejar de lado el autocuidado, creando un lugar de expresión de frustraciones, dudas y preocupaciones, además de un ambiente de motivación grupal para poder llevar acabo las diferentes actividades.

La motivación que me ha llevado al desarrollo de este tema es un caso personal y cercano en mi familia, tanto de usuario que ha sufrido un ictus como de cuidador principal informal. He podido observar la importancia de enseñar y cuidar al cuidador para que mantenga su calidad de vida y desarrolle los cuidados de forma óptima.

## IV. Estado de la cuestión.

### 1. Fundamentación.

A lo largo de la fundamentación se desarrollará la enfermedad del ictus para comprender mejor a este tipo de pacientes. Se expondrá la clasificación, clínica, secuelas, tratamiento y epidemiología. A continuación se centrará en aquellas personas que cuidan de estos pacientes, es decir, en los cuidadores informales, con sus características y finalmente, en cómo les afecta la labor de cuidar.

Para llevar a cabo la búsqueda de la información se han utilizado bases de datos como PubMed, SciELO, Google Académico y Dialnet, además de los recursos que la propia universidad ofrece en la Biblioteca. En la elaboración de la búsqueda se han utilizado tanto descriptores en inglés como en español, utilizando los términos DeCS y MESH que aparecen en la **Tabla 1**. Se ha precisado de la utilización de operadores booleanos, AND y OR, para incluir varios de los términos en la búsqueda. Los recursos utilizados en su mayoría son en inglés y español. Para ajustar la investigación se ha requerido de filtros de fecha de los últimos 5 años para reunir los artículos con mayor relevancia para el proyecto, aunque hay información de libros teóricos anteriores, ya que ha habido conceptos con menos evolución.

Lenguaje natural	DeCS	MESH
Ictus	Accidente cerebrovascular	Stroke
Isquemia encefálica	Isquemia encefálica	Brain ischemia
Daño cerebral adquirido	-----	-----
Familia	Familia Cuidadores	Family Caregivers
Enfermería	Enfermería	Nursing
Burnout	Agotamiento psicológico	Burnout, Psychological
Cansancio	-----	-----
Ansiedad	Ansiedad	Anxiety
Depresión	Depresión	Depression
Calidad de vida	Calidad de vida	Quality of life

**Tabla 1.** Términos utilizados en la búsqueda. Elaboración propia.

## 1.1. Ictus.

### 1.1.1. Definición y clasificación.

El ictus, también conocido como accidente cerebrovascular (ACV) es una enfermedad crónica. Se trata de *“una alteración del flujo sanguíneo en un área encefálica de aparición brusca, que provoca manifestaciones neurológicas temporales o permanentes”* (1), creando secuelas que afectan a la calidad de vida de la persona. Según el mecanismo de producción se clasifican en dos grupos: ictus isquémico (85%) e ictus hemorrágico (15%) (2,3).

Los **ictus isquémicos** a su vez pueden clasificarse en globales y focales. El ictus isquémico global puede afectar al cerebro, tronco encefálico y/o cerebelo por una disminución del flujo sanguíneo. Por otra parte, el ictus isquémico focal puede dividirse en el accidente isquémico transitorio (AIT) o el infarto cerebral, depende de la duración del episodio (2,3):

- El **AIT** tiene una duración inferior a una hora y si se observa la neuroimagen, no se encuentra ninguna lesión.
- El **infarto cerebral** tiene una duración de más de 24 horas con déficit neurológico y al observar la neuroimagen se puede observar necrosis tisular.

Los ictus isquémicos se clasifican en función de su etiología (2-4):

- El **infarto arterotrombótico**, se produce cuando una placa de ateroma se deposita en un vaso ocluyéndolo o cuando existe una estenosis de un gran vaso intra o extracraneal. Puede producirse de forma progresiva o repentina porque se desprege la placa de ateroma y migre hasta otro vaso. Producen isquemias de gran tamaño, afectando a territorio superficial y profundo. Ocurren en un 30-40% de los casos, siendo los más frecuentes.
- El **infarto cardioembólico**, es diferente al anterior, puesto que no hay lesión directamente en el vaso sanguíneo, sino que se origina a nivel cardíaco, transportándose hasta las arterias cerebrales. La causa que origina este tipo de infarto se denomina fuente cardioembólica. Una de las más frecuentes es la fibrilación auricular, donde debido a una arritmia cardíaca la sangre se estanca y favorece la coagulación liberándose posteriormente y ocluyendo los vasos. Ocurren en un 25% de los casos.

- El **infarto lacunar**, se produce cuando se obstruye una arteria perforante cerebral, que son aquellas que surgen del polígono de Willis, debido a una enfermedad oclusiva de pequeño vaso. Producen isquemias de pequeño tamaño en la parte profunda del cerebro, una de sus principales características es que no afectan a la corteza cerebral. Es prevalente en las personas que padecen de hipertensión arterial. Ocurren en un 20% de los casos.
- El **infarto cerebral de causa inusual**, son los menos frecuentes, aunque son los prevalentes en gente joven, ocurren en un 5% de los casos. Esta producido por enfermedades sistémicas como trastornos en la coagulación o del colágeno, infecciones, neoplasias... o enfermedades diferentes de la ateromatosa como la disección arterial.
- Se denomina **infarto cerebral de origen indeterminado**, cuando se han descartado los mencionados anteriormente o puede tener varias de las etiologías de las ya mencionadas. Son los segundos más frecuentes, ocurriendo en un 30% de los casos.

El **ictus hemorrágico** se produce por la rotura de un vaso. La clínica no se diferencia mucho de los ictus isquémicos, aunque si presentan características propias. Su principal causa es la hipertensión arterial, que afecta a las arterias perforantes debilitándolas y provocando su rotura. Existen otras causas como la administración de fármacos anticoagulantes o antiagregantes, las enfermedades adquiridas como la trombocitopenia provocada por fármacos, la leucemia o el mieloma múltiple, las enfermedades congénitas como la hemofilia y la ausencia de fibrinógeno. Finalmente también puede ser producida por una rotura de vasos por malformaciones o tumores (4).

Se divide en función de la localización del sangrado en (2):

- En la **hemorragia intracerebral**, el sangrado se extiende hacia el parénquima cerebral. Su principal causa es la hipertensión arterial y suele presentar cefalea y disminución de conciencia.
- En la **hemorragia subaracnoidea**, el sangrado se extiende hacia el espacio subaracnoideo. Su principal causa es la rotura de un aneurisma, y entre sus síntomas se encuentra cefalea, alteración de la conciencia y alteraciones meníngeas.

### **1.1.2. Daño cerebral adquirido (DCA).**

El DCA es “*un daño súbito en el cerebro no congénito o perinatal, consecuencia de diferentes patologías*”, y este daño crea déficits a nivel físico, cognitivo y emocional, con manifestaciones variadas, por lo que no se puede atribuir un síndrome concreto (5). Este tipo de pacientes conviven con discapacidades superiores al 65%. Según la última Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y situaciones de Dependencia hay 420.064 personas en nuestro país, por lo que supone un problema de salud importante (5,6).

El ictus, es una en un causas prevalentes de DCA, siendo este una de las principales causas de dependencia, aumentando su incidencia a partir de los 45-54 años. (7)

### **1.1.3. Clínica de la enfermedad.**

La clínica varía en función del tipo de ictus, de la localización del daño cerebral y de la extensión del daño; por esto mismo se pueden manifestar uno o varios síntomas de forma simultánea. La aparición es brusca y es necesaria la identificación temprana de los primeros síntomas para minimizar los daños y actuar de manera temprana (1,2).

Los síntomas de forma general en el momento agudo son los siguientes (1,2):

- Disminución o pérdida de fuerza en un hemisferio corporal alterando la función motora y la movilidad.
- Parálisis del nervio facial y como consecuencia la desviación de la boca hacia el lado no afecto e imposibilidad de cerrar el ojo.
- Alteraciones del lenguaje, en cualquiera de sus áreas, comprensión, expresión (disartria o afasia), lectura o escritura.
- Alteraciones visuales en uno o ambos ojos. Puede ser la pérdida de medio campo visual, de la visión completa o parcial.
- Parálisis en los músculos deglutorios, causando disfagia.
- Incontinencia urinaria por alteración neurológica de la vejiga.
- Alteraciones en la sensibilidad, causando parestesia, hipoestesia o anestesia.
- Inestabilidad, vértigo, descoordinación motora y por tanto incapacidad para caminar.
- Cefalea intensa, repentina, no frecuente. Más asociado a ictus hemorrágicos.
- Alteración de la conciencia.

#### 1.1.4. Secuelas de la enfermedad.

Las secuelas de esta enfermedad dependen del área encefálica afectada, por ello hay problemas cognitivos, emocionales, físicos, mentales, comunicativos, funcionales y/o sociales (8). Se trata una enfermedad que causa discapacidad a largo plazo y dependencia crónica (9).

Con el fin de facilitar la valoración de enfermería se pueden clasificar las secuelas en función de un modelo, en este caso el de Marjory Gordon, clasificándolas de tal forma que se dividan en sus 11 patrones funcionales como se observa en la **Tabla 2**.

Patrones	Secuelas
Percepción – Manejo de la salud	Anosognosia
Nutricional – Metabólico	Disfagia
Eliminación	Trastornos urinarios (incontinencia, retención...) Infecciones urinarias Incontinencia fecal Estreñimiento
Actividad – Ejercicio	Déficit motores totales o parciales (hemiparesia) Infecciones respiratorias Dificultad para: subir escaleras, vestirse, ir al baño, asearse, alimentarse o pasear. Apraxia
Sueño – Descanso	
Cognitivo – perceptivo	Alteraciones del lenguaje (afasia), sensitivas (hipoestesia), visuales (hemianopsia) y de la memoria Agnosia Negligencia espacial Déficit de atención Demencia Dolor de hombro, dolor central postictus
Autopercepción – Autoconcepto	
Rol – relaciones	
Sexualidad – reproducción	Disfunción sexual
Adaptación – Tolerancia	Ansiedad Depresión Labilidad emocional
Valores – Creencias	

**Tabla 2.** Secuelas de la enfermedad. Elaboración propia a partir de A. Lendínez Mesa en 2016 junto con los patrones funcionales de Marjory Gordon (2).

### **1.1.5. Tratamiento.**

El tratamiento inicial se divide en dos fases: la fase aguda que dura las primeras horas o días desde que se produce el accidente hasta que se estabiliza, y la fase subaguda, que comienza con la estabilización hasta que se encuentra establecido. Después del tratamiento inicial, comenzaría el tratamiento a largo plazo (1).

#### **Tratamiento en la fase aguda.**

En primer lugar se trataría como tal el proceso isquémico o hemorrágico. Se elegirá un tratamiento en función del tipo de ictus que se quiera tratar.

En el caso de los ictus isquémicos, el tratamiento farmacológico consiste en la administración de trombolíticos, para reducir el coágulo que obstruye la arteria impidiendo el riego encefálico (2). Con el fin de mejorar la supervivencia y las posteriores lesiones cerebrales es conveniente aplicarlo en un tiempo menor a 4'5 horas, siendo antes de las 3 horas es aún más efectivo, aunque solo el 5% de los usuarios son susceptibles a este tratamiento. Por el contrario el tratamiento en la hemorragia intracerebral es quirúrgico, cuando el hematoma es superior a 3 cm y hay alteraciones asociadas. Aunque está contraindicado en pacientes con hemorragias profundas. Las hemorragias subaracnoideas se abordan de forma quirúrgica. Si además se realiza antes de las 72 horas disminuye la tasa de resangrado (3).

Para este periodo inmediato, hay que tener en cuenta el tratamiento no farmacológico que está enfocado a la reducción de secuelas. Se trata por tanto de unidades de ictus, especialmente orientadas a este tipo de pacientes, que precisan de cuidados agudos no intensivos y que se componen de personal, de medios y de una coordinación adecuada para su tratamiento. La finalidad de estas unidades consiste en detectar complicaciones y evitarlas tomando las medidas adecuadas (2). Este periodo inmediato se caracteriza por la hipotonía ya que el paciente se encuentra encamado. Las medidas a adoptar durante este periodo, una vez esté estabilizado, es evitar los trastornos cutáneos y respiratorios, tratamiento postural, estimulación del hemicuerpo afectado, además se le realizará la prueba de la tolerancia y se comenzará si es posible con la sedestación (1). La enfermería tiene un papel fundamental durante este periodo, puesto que un 40% de los pacientes que ingresan en este tipo de unidad empeoran en las 48-72 horas siguientes, por ello, la enfermera debe estar pendiente del deterioro neurológico y adoptar las medidas necesarias, ya que por ejemplo, la movilización temprana reduce entre otras secuelas las úlceras por presión (UPP) o el hombro doloroso, asimismo, ayuda a la movilización de secreciones y mejora la disfagia (3).

### **Tratamiento en la fase subaguda.**

Esta fase transcurre desde la primera semana una vez ha terminado la fase aguda hasta la tercera semana, y está caracterizada por espasticidad e hiperreflexia. Además, esta etapa es la más importante para la rehabilitación del usuario. Para la cual se utilizarán técnicas de regulación de la espasticidad, cinesiterapia, estimulación del hemicuerpo afectado, ejercicios para la parálisis facial, para la coordinación y para el equilibrio. Resulta igualmente fundamental la terapia ocupacional para recuperar y conseguir que puedan realizar el mayor número de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, de tal forma que se fomente su autonomía y autocuidado (1).

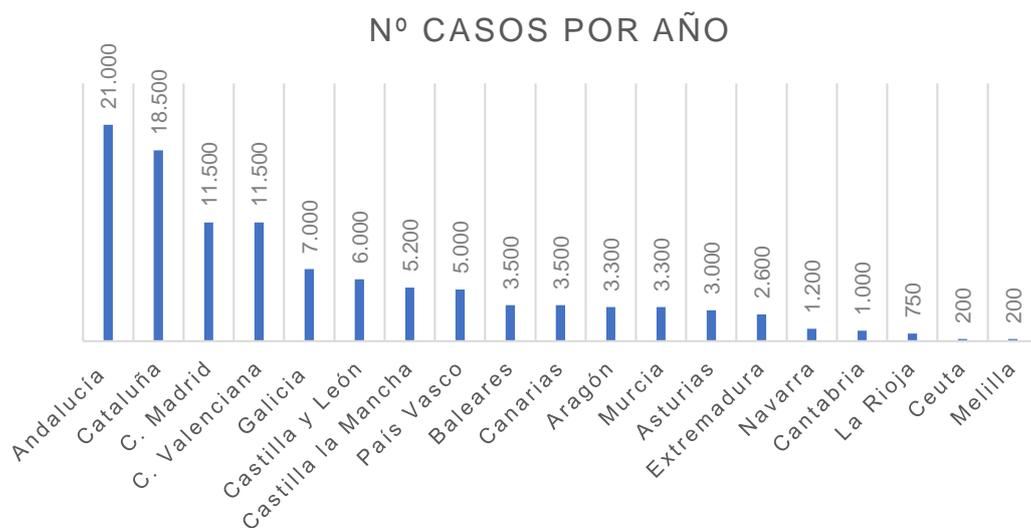
### **Tratamiento a largo plazo o en la fase de estabilización.**

A lo largo de esta fase, la mejora es muy leve o mínima, por ello todos los cuidados irán centrados en el mantenimiento de lo conseguido y en la adaptación a su vida habitual. Durante esta etapa se mantendrá la fisioterapia reforzando el fortalecimiento muscular, se realizarán ejercicios de marcha y se reevaluará la necesidad de dispositivos de ayuda (1).

### 1.1.6. Morbilidad y mortalidad del ictus.

El ictus es la enfermedad vascular más común y la tercera causa de mortalidad a nivel mundial. Anualmente 15 millones de personas sufren un ictus, de las cuales un tercio fallece, otro tercio no tienen secuelas y el resto de personas tienen secuelas permanentes (8,10). La incidencia en nuestro país es de 147 por cada 100.000 habitantes (11). Supone la segunda causa de muerte en hombres y la primera en mujeres en España (12).

Es la primera causa de discapacidad en el adulto y la segunda causa de demencia en nuestro país. Se registran anualmente entre 110.000-120.000 casos, distribuidos autonómicamente como podemos observar en la **Figura 1**, siendo Andalucía la Comunidad Autónoma con más casos registrados y Ceuta y Melilla las que menos. De todas estas personas, un 50% fallecen o sufren secuelas discapacitantes, aunque gracias a las medidas preventivas estas estadísticas han ido disminuyendo con el tiempo. Aun así, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que en los próximos 25 años aumentará su incidencia en un 27%. (12).



**Figura 1.** Distribución autonómica de casos. Elaboración propia a partir de A. Pérez Menéndez en 2017 (12).

## **1.2. Ictus, dependencia y cuidadores informales.**

El ictus no afecta únicamente a la persona que lo padece, sino que deja secuelas en todo su entorno, afectando tanto a la calidad de vida del propio usuario como la de su familia. La familia tiene un papel fundamental ya que debido al alto índice de dependencia que genera, son los que aportan la mayor parte de los cuidados después del periodo de hospitalización (13). Estos cuidados serán más o menos dependiendo del grado de severidad. Del mismo modo, esta figura en ocasiones retrasa la institucionalización del usuario llegando a reducir el gasto hospitalario.

Este tipo de adultos requieren asistencia diaria y necesitan ser cuidados por sus propios familiares (9,14). Esto hace que el entorno familiar cambie para adaptarse a la nueva situación, provocando cambios en la estructura familiar, en su funcionamiento y en las rutinas diarias, pudiendo causar ansiedad, depresión, trastornos del sueño... que afectan directamente a la calidad de vida y al estado de salud (9,15).

### **1.2.1. Definición y características de cuidadores informales.**

Los cuidadores informales son *“aquellas personas que realizan la tarea de cuidado de personas enfermas, discapacitadas o ancianas que no pueden valerse por sí mismas para la realización de actividades de la vida diaria”* (16) y también se pueden definir como *“aquellas personas familiares, que debido a las circunstancias de enfermedad de una persona cercana, asumen su cuidado directo, por voluntad, necesidad u obligación cultural, que no reciben remuneración y que están expuestos a problemáticas debidas al contexto y desgaste que significa cuidar”* (15), como es en el caso de los pacientes de ictus (15,16). Los cuidadores contribuyen a que mantengan su entorno social ayudándole en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), además de apoyarles apoyo tanto física como emocionalmente (15). Los cuidadores son fundamentales en la atención en este tipo de pacientes, ya que suponen el principal medio de asistencia para las personas dependientes (13,16).

Al comienzo de la enfermedad deben superar el shock inicial, modificar su escala de valores, cambiar su modo de vida y el de sus familias (13). Todo esto genera inconvenientes para quien lo desarrolla, puesto que disminuye el tiempo que tienen para sí mismos, anteponiendo las necesidades del enfermo, lo que repercute en su calidad de vida y puede tener consecuencias para su salud. Aumenta la incidencia de padecer enfermedades crónicas como la diabetes, dislipemia, hipertensión arterial, gastritis y cardiopatías, agravándose con la edad (15).

La peculiaridad de los cuidadores de las personas con este tipo de patología es que raramente se ven relevados por otros miembros de la familia, asimismo un 81'1% de los cuidadores nunca suspenden los cuidados, por lo que se prolongan mucho en el tiempo (17). Tienen una alta incidencia de enfermedades mentales, equiparándose al de sus familiares, lo que supone un impacto negativo en su calidad de vida (18). Se encuentran dificultades en la esfera emocional, económica y de medios, asociándose con la ausencia de conocimientos y de habilidades de cuidado (14). En cuanto a la esfera emocional, predominan los sentimientos de soledad, depresión, ansiedad, exclusión, sobrecarga emocional, dificultades en el descanso y disminución del tiempo de ocio (15,19).

Todo lo mencionado anteriormente disminuye la calidad de vida de los cuidadores, que está directamente relacionado con la efectividad del tratamiento y rehabilitación de los usuarios. Del mismo modo que la salud de los usuarios afecta a la calidad de vida de los cuidadores (13).

Principales características de los cuidadores (16):

- El cuidado prestado no está remunerado económicamente.
- Carecen de un horario establecido, por lo que ocupan gran parte de su tiempo en proporcionar los cuidados.
- Carecen de formación específica sobre las necesidades del enfermo.

Actualmente hay una tendencia en España que les hace sentirse responsables de proveer este tipo de cuidados. Aunque no todo resulta negativo, puesto que el 90% de los cuidadores dicen apreciar más la vida desde que proporcionan este tipo de cuidados (11). Concretamente los cuidadores de ictus suelen ser parientes, parejas o amigos (13). En cuanto al género de los cuidadores, un gran número de estudios recoge que en su mayoría las mujeres son las que aportan este tipo de cuidados. Esto está relacionado con la implicación social y cultural de las mujeres en los cuidados (9,11,13,15-17,20-23). Se puede definir que el perfil de cuidador de ictus es una mujer de 61 años familia directa del usuario, en su mayoría su esposa o hija. Los datos del IMSERSO corroboran que, cuando una persona de edad avanzada necesita ayuda, la persona que se la presta, es decir, su cuidador principal, suele ser una mujer (84%), de edad intermedia (53 años) y en cuanto al parentesco suelen ser su hija o cónyuge (24).

### 1.2.2. Síndrome de Burnout y calidad de vida.

Los cuidadores principales se ven expuestos a mayor cantidad de estrés que el propio paciente, lo que acarrea una disminución en su calidad de vida, ya que priorizan las necesidades del paciente a las suyas propias (8).

El síndrome de burnout en los cuidadores es una alteración del estado físico, emocional y mental que se manifiesta mediante depresión, angustia y ansiedad de aquellos que están en contacto directo con el enfermo. Si se convive bajo el mismo techo el impacto es mayor (16,25). Durante los primeros seis meses entre un 25% y un 46% de los cuidadores lo manifiestan (26).

La afectación se divide en dos áreas: la primera de ellas engloba lo práctico, lo económico y las dificultades físicas, y la segunda engloba lo psicológico y lo social, es decir, la depresión, la ansiedad, las dificultades sociales y el bienestar (22). Físicamente aparecen problemas de sueño, fatiga y disminución de la fuerza muscular. La afectación económica viene dada por la dificultad de mantener las responsabilidades laborales, ya que la carga de trabajo con el cuidado aumenta y necesitan reducir o eliminar su jornada laboral lo que puede afectar a su puesto de trabajo y a su nivel económico. En la esfera emocional se manifiesta mediante irritabilidad, enfado, desconcentración y dificultar a la hora de memorizar. Las repercusiones sociales se manifiestan cuando los cuidadores se comienzan a aislar de su medio cercano y simultáneamente comienzan a perder la intimidad con la persona que están cuidando. (16,25).

Por parte del cuidador pueden aparecer sentimientos de insatisfacción personal y laboral, así como sentimientos negativos hacia el cuidado, si este se reprime. Por ello es importante la actuación de profesionales, para ayudar a gestionar este tipo de sentimientos.

Se realizó un estudio observacional en Castilla y León que concluyó que el 68% de los cuidadores sufrían este síndrome frente al 32% que no. Asimismo, ese estudio matiza que el grupo que no lo sufría era porque contaban con programas de ayuda a los cuidadores (16). Otros estudios exponen que el 55'6% de los cuidadores tienen una carga moderada y un 12'8% una carga severa, del mismo modo muestran que esta significativamente relacionado con la depresión y la ansiedad (18).

Para medir la carga del cuidador se emplea la Escala de Zarit (**Anexo 1**). Se trata de una escala con 22 preguntas en las que se abarcan los sentimientos del cuidador, en el que el cuidador tiene que contestar con un número del 0 al 41: 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) y 4 (casi siempre). En función de la puntuación obtenida se conoce el grado de sobrecarga (11,16).

### **1.2.3. Depresión y ansiedad en los cuidadores principales.**

Un 43'9% de los cuidadores padecen ansiedad y un 40-50% depresión, siendo en un 26'5% de moderada a intensa y en un 18-27% de los casos intensa (18). Viene dada por la dificultad percibida de realizar las tareas del cuidado, ya que se trata de una situación de aparición brusca (20,27). Asimismo puede verse agravado por la presentación del síndrome de sobrecarga del cuidador (18,20).

Un factor protector a desarrollar depresión es mantener la vida social. Está demostrado que aquellos que la conservan tienen niveles menores de depresión durante los primeros 3 meses después del ictus (27). En cambio, uno de los determinantes principales a la hora de manifestar ansiedad es la incertidumbre; esta puede paliarse con información precisa por parte de los sanitarios (28).

Entre los factores predisponentes a padecer depresión o ansiedad se encuentran el género, las mujeres tienen una mayor predisposición; el tiempo de cuidado diario, siendo el mayor de 9-13 horas diarias y en cuidado prolongado; el tipo de atención médica, siendo mayor en los grupos que tenían un seguro privado de financiación individual y no sanidad pública vía impuestos; y el tipo de educación recibida (18). Asimismo está directamente relacionado con el grado de discapacidad del enfermo. Durante la hospitalización, en concreto la depresión, está relacionada con la actividad familiar y las actividades de la vida diaria (27).

Ambas tienen un impacto negativo en la vida del cuidador. Se ven agravadas cuando existen largos periodos de cuidado en los que se disminuye el tiempo de autocuidado, de socialización y de entretenimiento (18). En cuanto al usuario, repercute negativamente empeorando su rehabilitación, además de contribuir a la readmisión hospitalaria y a la institucionalización (29).

#### **1.2.4. Cuidados, enfermería y cansancio del cuidador.**

Existen diferentes recomendaciones para el abordaje de este tipo de síntomas. En primer lugar el conocimiento, es decir, conocer las condiciones y las necesidades del familiar. También la comunicación efectiva tanto con los profesionales como con la persona afectada por la enfermedad.

Las personas que tengan un alto riesgo de padecer las patologías anteriormente mencionadas pueden verse beneficiadas por la actuación enfermera durante la rehabilitación del paciente, que será de ayuda tanto para la salud mental de los cuidadores como para la rehabilitación del paciente. Realizando actividades de apoyo psicológico, social y educación técnica y entrenamiento, siendo las enfermeras guías en el cuidado (18). Del mismo modo, se deben realizar diferentes estrategias para satisfacer las necesidades de los cuidadores, sobre todo en aquellos casos en los que se haya padecido un ictus severo, donde hay más probabilidades de presentar burnout. Resulta importante el soporte emocional y la información adecuada después del evento.

Se realizó un estudio para comprobar si la educación para el cuidado dirigida a familiares cuidadores mejoraba su calidad de vida. Este mostró cómo mejoraba la carga de cuidado y la calidad de vida se veía aumentada, así como la salud emocional física y disminuía el dolor, con una mejora del estado de salud general (8).

Aun así hay un estudio reciente en el que se analizan varias investigaciones que llegan a la conclusión de que no solo se deben centrar las intervenciones en conocimientos, sino que para que sean realmente efectivos, deben hacerse del mismo modo en habilidades y centrándose en el aprendizaje por experiencias. Este tipo de intervenciones no solo ayudan al cuidador informal, sino que cuanto más apoyo e independencia tenga el cuidador informal, ayuda a reducir y a prevenir la institucionalización del usuario (30).

El profesional de enfermería, mediante la realización de un Proceso de Atención de Enfermería (PAE), debe proporcionar las intervenciones necesarias para fomentar el autocuidado y como consecuencia, fomentar su calidad de vida y la calidad del cuidado para disminuir la sobrecarga del cuidador.

Entre los diferentes diagnósticos de enfermería, se pueden encontrar algunos que involucran y están diseñados directamente para el cuidador, como pueden ser los siguientes (31): El Cansancio del rol del cuidador [00061] y El riesgo del cansancio del rol de cuidador [00062].

- El **Cansancio del rol de cuidador [00061]** es la *“dificultad para satisfacer las responsabilidades de cuidados, expectativas y/o comportamientos requeridos por la familia o personas significativas”*.
- El **Riesgo de cansancio del rol de cuidador [00062]**, se trata de que el sujeto es *“susceptible de tener dificultades para satisfacer las responsabilidades de cuidados, expectativas y/o comportamientos requeridos por la familia o personas significativas, que puede comprometer la salud”*.

Se plantean los siguientes objetivos de enfermería, mediante la clasificación NOC (*Nursing Objectives Classification*), para resolver los diagnósticos anteriores:

- Preparación del cuidador familiar domiciliario [2202].
- Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos [2205] y Rendimiento del cuidador principal: cuidados indirectos [2206].
- Afrontamiento de problemas [1302].
- Bienestar del cuidador principal [2508].
- Gestión del tiempo personal [1635].
- Salud emocional del cuidador principal [2506] y Salud física del cuidador principal [2507].

Con el fin de alcanzar los objetivos, se plantean las siguientes intervenciones de enfermería según la clasificación NIC (*Nursing Interventions Classification*):

- Apoyo al cuidador principal [7040].
- Asistencia en el mantenimiento del hogar [7180].
- Mejorar el afrontamiento [5230].
- Apoyo a la familia [7140].
- Control del estado de ánimo [5330].
- Fomentar la normalización familiar [7200].

## 2. Justificación.

El ictus es una enfermedad crónica prevalente en nuestro país que genera dependencia y requiere atención y ayuda por parte de un cuidador principal. Este cuidado puede acarrear consecuencias desfavorables para la salud emocional y física de este, que se podrían paliar y evitar con intervenciones de enfermería.

Resulta interesante observar cómo varios estudios coinciden en que las intervenciones de enfermería ayudan a mejorar el síndrome de burnout, la sobrecarga, así como la ansiedad, la depresión y el estado de salud del cuidador del paciente de ictus, aumentando su calidad de vida (9,18). Además de que pueden mejorar la calidad de los cuidados a la hora de atender las necesidades de los pacientes (9). Otros muestran como debido al alto número de mujeres que desarrollan problemas de ansiedad y depresión con el cuidado, los sanitarios deberían centrarse en este colectivo, además de en aquellos que dedican un gran número de horas al cuidado (18).

La planificación de sesiones educativas en la transición hospital – casa no es una realidad en la mayor parte de los hospitales, lo que facilita en muchas ocasiones la readmisión de este tipo de usuarios y las demandas en los servicios de urgencias, por la parte del cuidador, el aumento del burnout del cuidador y la disminución de su calidad de vida. Aquí juega un papel crucial la enfermera puesto que es la que puede educar al cuidador en la adquisición de este tipo de habilidades y conocimientos, así como el apoyo emocional durante el proceso, mejorando la estabilidad del usuario y el uso óptimo de los servicios hospitalarios y la calidad de vida de los cuidadores (14).

Existen programas similares que se han realizado con este tipo de pacientes en hospitales y recogen un 90% de efectividad a la hora de mejorar las carencias de los cuidadores en cuanto a la adquisición de conocimientos y habilidades tras el ingreso (21).

Por ello y con el fin de solucionar esta problemática propongo la elaboración de un proyecto educativo.

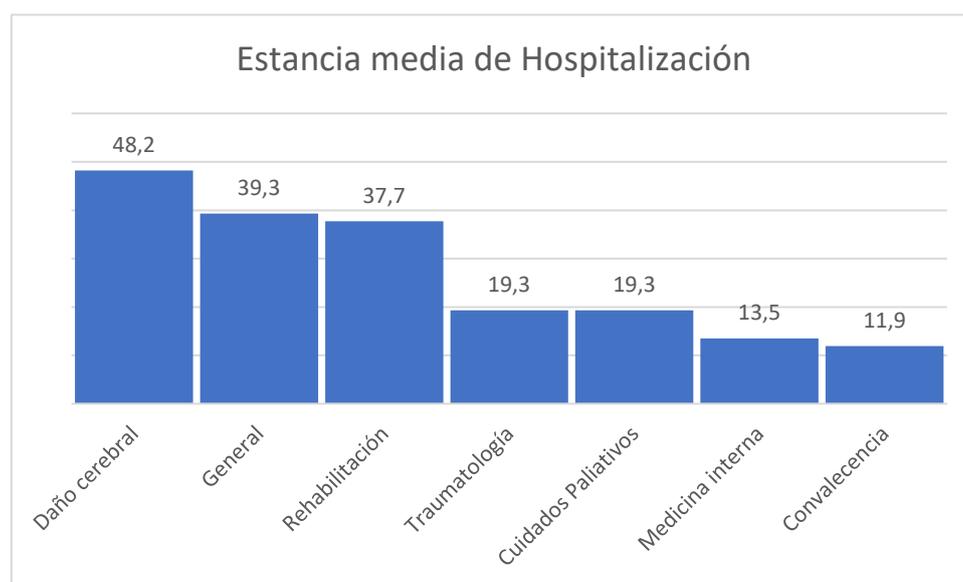
## V. Proyecto educativo.

### 1. Población y captación.

#### 1.1. Población.

El Hospital de Gorniz se encuentra en Gorniz (Bizkaia) y es un hospital público vasco con más de 100 años de antigüedad. Comenzó siendo un hospital marino para tratar a niños con tuberculosis, pero hoy en día es un centro de subagudos y de cuidados paliativos. Dispone de un total de 134 camas, de las cuales 82 camas son para rehabilitación.

Una de sus áreas es la rehabilitación neurológica en usuarios con daño cerebral, como es el caso del ictus. Durante el año 2018 hubo 359 ingresos con pacientes con esta patología, con una estancia media de 48'2 días siendo los pacientes con estancias más largas del centro como se puede observar en la **Figura 2**.



**Figura 2.** Estancia media de hospitalización de los usuarios. Elaboración propia a partir de datos obtenidos mediante la consulta de la página web “Presentación Hospital de Gorniz” (32).

Este proyecto educativo está dirigido a cuidadoras principales de personas que han sufrido un ictus, que se encuentren ahora en la fase subaguda y están en periodo de rehabilitación hospitalizados en una unidad de rehabilitación del Hospital de Gorniz.

## 1.2. Captación.

La captación de las usuarias se realizará en el mismo Hospital de Gorniz, puesto que está dirigido a aquellas cuidadoras que tengan en ese mismo momento a sus familiares ingresados en fase subaguda. Se centrará en aquellas plantas o secciones en las que estén ingresados este tipo de usuarios, como la planta de neurología y rehabilitación neurológica.

La realizarán las enfermeras en contacto con este tipo de usuarios realizando una observación previa y captación de las cuidadoras principales, teniendo en cuenta las características que presentan y descartando cuidadoras profesionales. Para realizar esta captación de forma efectiva, deberán estar informadas por parte de los docentes acerca del contenido de las sesiones, de tal forma que lo puedan transmitir a las cuidadoras a la hora de informarles sobre el proyecto, mediante la entrega y explicación del folleto incluido en el **Anexo 2**.

Al tratarse de sesiones cíclicas como se explicará más adelante, no habrá un tiempo estimado de captación, sino que se irá evaluando a lo largo de la estancia de los usuarios. De esta forma se podrán incorporar en cualquiera de las sesiones para aprovechar su estancia.

Las enfermeras encargadas de la captación utilizarán las siguientes herramientas:

- **Captación verbal directa:** los profesionales de enfermería encargados de este proyecto informarán a las enfermeras que se encuentren en estas plantas. De esta forma ellos mediante observación podrán captar a las cuidadoras informarles, y se les dará información verbal sobre de las sesiones.
- **Póster:** se colocarán por los pasillos de los usuarios con este tipo de patología, así como en los paneles de información del hospital y en la sala disponible para los familiares. Incluirá el horario y el contacto. El poster está incluido en el **Anexo 3**.
- **Folleto:** se distribuirán del mismo modo folletos informativos en los que se incluya información breve sobre qué es el ictus y qué son los cuidadores. Además de las sesiones, el objetivo, una breve descripción de los docentes que llevan a cabo el proyecto, el lugar de celebración, el horario, el contacto telefónico y el correo para posibles dudas, sugerencias e inscripciones. Estos folletos están incluidos en el **Anexo 2**.

## **2. Objetivos.**

### **2.1. Objetivo general.**

El objetivo de salud de este proyecto es la prevención de la disminución de calidad de vida por parte de las cuidadoras.

El objetivo educativo consiste en que las cuidadoras conozcan técnicas y habilidades de cuidado, adquieran conocimientos sobre la enfermedad, tengan un espacio para resolver sus dudas y fomenten su autocuidado.

### **2.2. Objetivos específicos.**

#### **Objetivos funcionales: comunes a todo proyecto educativo.**

- Las participantes expresarán sus sentimientos a lo largo del proceso.
- Las participantes escucharán al resto del grupo con el fin de crecerse personalmente.
- Las participantes expresarán sus dudas durante el proceso.

#### **Objetivos de conocimientos.**

- Las participantes aprenderán los conceptos básicos de la enfermedad
- Las participantes conocerán la importancia de realizar las movilizaciones de manera ergonómica y la utilización adecuada de los dispositivos de ayuda.
- Las participantes aprenderán los movimientos adecuados para realizar las movilizaciones y la correcta utilización de los dispositivos de ayuda.
- Las participantes conocerán las medidas a adoptar en el hogar para evitar accidentes.
- Las participantes conocerán los diferentes dispositivos de eliminación y su correcta utilización.
- Las participantes conocerán las técnicas higiene (aseo y vestido) y su correcto desarrollo.
- Las participantes distinguirán los principales signos y síntomas de alarma frente a una urgencia o emergencia.
- Las participantes conocerán y aprenderán la importancia de dedicar tiempo para el autocuidado.
- Las participantes conocerán cómo adecuar su hogar a las nuevas condiciones.

### **Objetivos de habilidades.**

- Las participantes ejecutarán las movilizaciones de forma adecuada.
- Las participantes aprenderán a manejar los diferentes dispositivos de eliminación y su correcta utilización.
- Las participantes realizarán las técnicas de higiene, aseo y vestido adecuadamente.
- Las participantes demostrarán saber actuar frente a situaciones de urgencia y emergencia.
- Las participantes buscarán soluciones a sus frustraciones y resolverán sus dudas y preocupaciones.
- Las participantes practicarán tiempo de calidad consigo mismas.

### **Objetivos de actitudes.**

- Las participantes se sentirán en un ambiente confortable y de confianza con el resto de sus compañeras, creando una conexión entre ellas para profundizar sus relaciones.
- Las participantes verbalizarán sus dudas durante el proceso de movilizaciones.
- Las participantes verbalizarán sus preocupaciones y frustraciones con respecto a esta nueva etapa.
- Las participantes compartirán con el resto de sus compañeras sus actividades favoritas.
- Las participantes se sentirán motivadas y dispuestas a afrontar esta nueva etapa.

### **3. Contenidos.**

Los contenidos a desarrollar durante las sesiones irán dirigidos tanto al cuidado del usuario como al autocuidado por parte del cuidadora principal. Con esto se pretende que aunque se encuentren ante esta situación de cambio, no dejen de cuidarse a ellas mismas y que tengan un espacio para resolver diferentes cuestiones.

El elevado número de horas que dedican a cuidar del otro hace que se olviden de dedicarse tiempo a sí mismas. Si la cuidadora se encuentra en buenas condiciones físicas y emocionales, contribuirá a mejorar los cuidados del usuario, así como a reducir la demanda de servicios sanitarios no necesarios.

Por tanto, para englobar lo mencionado, los contenidos planteados serían los siguientes:

- Definición de ictus, tipos y secuelas.
- Movilización en traslados y movimientos del usuario de forma ergonómica.
- Dispositivos de movilización.
- Sistemas de eliminación urinaria y fecal.
- Dispositivos, ayudas y técnicas para el aseo y vestido.
- Necesidades en el hogar, barreras arquitectónicas y soluciones.
- Principales signos y síntomas de alarma.
- Preocupaciones individuales y grupales, resolución de dudas.
- Administración del tiempo.

Todos ellos teniendo en cuenta las necesidades especiales, discapacidades y hemiplejias del usuario.

## 4. Sesiones.

Las sesiones se llevarán a cabo cada martes por la tarde, de tal forma que no interfiera en el trabajo de las cuidadoras ni tampoco en las rondas médicas diarias, aseos y/o rehabilitación. La **duración** de las sesiones será de 1 hora y media; con una **periodicidad** semanal, durante cinco semanas, lo que supone un total de 5 **sesiones**. No obstante, como habrá ingresos y altas de forma continua, se facilitará a las cuidadoras la posibilidad de incorporarse a cualquiera de las sesiones y realizar durante las siguientes semanas todo el programa, aunque no sea en el orden preestablecido.

El número de **participantes** por cada grupo será de un máximo de 12 personas. Intervendrán un total de dos **docentes** para impartir las sesiones, de tal forma que se puedan apoyar mutuamente durante el desarrollo de las mismas. Habrá un interlocutor principal y el segundo estará de apoyo y para la evaluación de la sesión que no imparta. Se dividirán las sesiones para asumir la mitad cada uno.

El **lugar de celebración** de estas sesiones será una sala habilitada donde quepan todas las participantes, con sillas que se puedan desplazar para la consecución de actividades en grupo, cuya distribución principal sea en semicírculo. En función de la climatología, el número de participantes y la sesión, alguna se podrá desarrollar en los exteriores del hospital. Además habrá sesiones específicas donde se requieran otros escenarios con camas o aseos.

Como se explicará posteriormente, habrá una sesión dedicada al tiempo y al autocuidado durante el programa. Por tanto se explicará en la primera sesión a la que acuden la **actividad a realizar entre sesiones**, que consistirá en anotar en una hoja que se les entregará, adjunta en el **Anexo 7**, cosas que hayan hecho para sí mismas, con las que hayan disfrutado y les haya hecho felices, es decir tiempo de autocuidado, fuera de la labor de cuidar y de atender a las necesidades del usuario. De esta forma se pretende que busquen un tiempo semanal a realizar una actividad para ellas. La lista de actividades se compartirá en la primera, tercera y en la última sesión para sacar conclusiones, incentivar y motivar al resto de los usuarios a adoptar este tipo de actividad durante su vida cotidiana.

Las cinco sesiones que se plantean son las siguientes:

- Sesión 1: ¿Qué es el ictus?
- Sesión 2: Movilización y preparación del hogar.
- Sesión 3: Eliminación e higiene.
- Sesión 4: Signos y síntomas de alarma, frustraciones y preocupaciones.
- Sesión 5: El tiempo y el autocuidado.

## Sesión 1: ¿Qué es el ictus?

**Primer objetivo:** Valorar los conocimientos del ictus previos a la sesión, para ver de qué se parte.

- **Contenido:** Conceptos previos que han adquirido durante este proceso.
- **Técnica:** de investigación de aula, lluvia de ideas. Irán diciendo aquellas palabras, conceptos o ideas que ellas entienden y conocen acerca de la enfermedad.
- **Tiempo:** 15'
- **Recursos:** Pizarra y tiza.
- **Evaluación:** Observación directa.

**Segundo objetivo:** Las participantes aprenderán los conceptos básicos de la enfermedad.

- **Contenidos:** Conceptos básicos de la enfermedad, definición, tipos y secuelas.
- **Técnica:** Expositiva oral y visual.
- **Tiempo:** 30'
- **Recursos:** Presentación, ordenador, proyector y pantalla.
- **Evaluación:** Observación directa.

**Tercer objetivo:** Las participantes relatarán su experiencia frente al desarrollo de la enfermedad y situación familiar.

- **Contenido:** Experiencias de las participantes.
- **Técnica:** Expositiva oral
- **Tiempo:** 30'
- **Recursos:** No se precisan recursos para el desarrollo de este objetivo.
- **Evaluación:** Observación directa

**Cuarto objetivo:** Las participantes serán capaces de buscar tiempo para sí mismas.

- **Contenidos:** Si se trata de la primera sesión, se explicará a las participantes la actividad a realizar entre sesiones. La actividad consistirá en que durante el tiempo de ingreso, intenten buscar semanalmente algún momento para disfrutar de alguna actividad o hobbies que les guste practicar, desde ver una película, pasear, escuchar música o pintar, por ejemplo. Con el fin de compartirlo finalmente en una sesión intermedia y otra final.

Si no se trata de la primera sesión, puesta en común grupal del tiempo dedicado al autocuidado durante estas dos semanas.

- **Técnica:** Expositiva.
- **Tiempo:** 15'
- **Recursos:** Hoja a rellenar durante la duración del proyecto (ver **Anexo 6**).
- **Evaluación:** Observación directa.

## Sesión 2: Movilización y preparación del hogar.

**Primer objetivo:** Las participantes conocerán la importancia de realizar las movilizaciones de manera ergonómica y la utilización adecuada de los dispositivos de ayuda.

- **Contenidos:** Se explicará de forma breve la importancia de evitar lesiones tanto en ellas como en los usuarios.
- **Técnica:** Expositiva.
- **Tiempo:** 5'
- **Recursos:** Presentación, ordenador, proyector y pantalla
- **Evaluación:** Observación directa.

**Segundo objetivo:** Las participantes aprenderán los movimientos adecuados para realizar las movilizaciones y la correcta utilización de los dispositivos de ayuda.

- **Contenidos:** Se plantearán diferentes situaciones que se pueden encontrar con la forma adecuada de ejecutarlas. Se trabajarán varios aspectos como la movilización para la deambulación, el cambio de postura en la cama y el traslado cama sillón. Además se trabajarán conjuntamente las diferentes opciones de dispositivos de ayuda como muletas, bastón, andador y silla de ruedas.
- **Técnica:** Expositiva oral y visual.
- **Tiempo:** 30'
- **Recursos:** Presentación, ordenador, proyector y pantalla para ir pasando diapositivas mientras se están explicando los contenidos. Se necesitarán diferentes escenarios tales como cama y silla, al menos 3 de cada. En esta parte será fundamental la participación del segundo docente como usuario para ir realizando los movimientos.
- **Evaluación:** Observación directa.

**Tercer objetivo:** Las participantes ejecutarán las movilizaciones anteriormente expuestas de forma adecuada, y verbalizarán sus dudas durante el proceso.

- **Contenidos:** Movilizaciones de paciente dependiente, contenido práctico de la sesión anterior.
- **Técnica:** de desarrollo de habilidades o *role-play*. Irán pasando de escenario en escenario para realizar simulaciones con muñeco, docente o participante en grupos de 3.
- **Tiempo:** 40'
- **Recursos:** Escenarios como cama y sillón, se necesitará un muñeco tamaño adulto para las simulaciones en la cama, en su defecto se realizará con participantes voluntarios o el segundo docente.
- **Evaluación:** Observación directa.

**Cuarto objetivo:** Las participantes conocerán las medidas a adoptar en el hogar para evitar accidentes y adecuarán su hogar a las nuevas condiciones.

- **Contenidos:** Medidas preventivas para prevención de accidentes, dispositivos de ayuda, eliminación de obstáculos...
- **Técnica:** Expositiva oral y visual.
- **Tiempo:** 15'
- **Recursos:** Presentación, ordenador, proyector y pantalla.
- **Evaluación:** Observación directa.

## Sesión 3: Eliminación e higiene.

**Primer objetivo:** Las participantes conocerán los diferentes dispositivos de eliminación y su correcta utilización.

- **Contenidos:** Dispositivos de eliminación.
- **Técnica:** Expositiva oral y demostración.
- **Tiempo:** 15'
- **Recursos:** Dispositivos de eliminación (diferentes tipos pañales, cuña, botella...), una cama para enseñar el cambio de pañal en el usuario dependiente. Acompañado de una presentación, ordenador, proyector y pantalla.
- **Evaluación:** Observación directa.

**Segundo objetivo:** Las participantes aprenderán a manejar los diferentes dispositivos de eliminación y su correcta utilización.

- **Contenidos:** Dispositivos de eliminación.
- **Técnica:** de desarrollo de habilidades o *role-play* en grupos de 3 con diferentes escenarios.
- **Tiempo:** 30'
- **Recursos:** Dispositivos de eliminación (diferentes tipos pañales, cuña, botella...), una cama para practicar el cambio de pañal en el usuario dependiente.
- **Evaluación:** Observación directa.

**Tercer objetivo:** Las participantes conocerán las técnicas de higiene (aseo y vestido) y su correcto desarrollo.

- **Contenidos:** Técnicas de higiene.
- **Técnica:** Expositiva oral y demostración.
- **Tiempo:** 15'
- **Recursos:** Diferentes prendas, dispositivos de ayuda en la ducha (silla y batea) y un baño. Acompañado de una presentación, ordenador, proyector y pantalla. El segundo docente participará como usuario durante las explicaciones.
- **Evaluación:** Observación directa.

**Cuarto objetivo:** Las participantes realizarán las técnicas de higiene, aseo y vestido adecuadamente.

- **Contenidos:** Técnicas de higiene.
- **Técnica:** de desarrollo de habilidades o *role-play* en grupos con las diferentes técnicas.
- **Tiempo:** 15'
- **Recursos:** Diferentes prendas, dispositivos de ayuda en la ducha (silla y batea) y un baño.
- **Evaluación:** Observación directa.

**Quinto objetivo:** Las participantes practicarán tiempo de calidad consigo mismas.

- **Contenidos:** Puesta en común grupal del tiempo dedicado al autocuidado durante estas dos semanas.
- **Técnica:** Exposición oral por parte de las participantes con apoyo de los docentes.
- **Tiempo:** 15'
- **Recursos:** Hoja a rellenar durante la duración del proyecto (ver **Anexo 6**).
- **Evaluación:** Observación directa.

## **Sesión 4: Signos y síntomas de alarma, frustraciones y preocupaciones.**

**Primer objetivo:** Las participantes distinguirán los principales signos y síntomas de alarma frente a una urgencia o emergencia.

- **Contenidos:** Signos y síntomas de alerta.
- **Técnica:** Expositiva oral y visual.
- **Tiempo:** 15'
- **Recursos:** Presentación, ordenador, proyector y pantalla.
- **Evaluación:** Observación directa.

**Segundo objetivo:** Las participantes demostrarán saber actuar frente a situaciones de urgencia y emergencia.

- **Contenidos:** Signos y síntomas de alarma.
- **Técnica:** de desarrollo de habilidades, *role-play* se plantearán diferentes situaciones en las que en grupos de tres personas, una actuará como paciente y las otras dos actuarán ante el problema.
- **Tiempo:** 30'
- **Recursos:** Tarjetas con diferentes situaciones expuestas en la exposición anterior y materiales que puedan necesitar para realizar pruebas en el *role-play* (por ejemplo, tensiómetro, medicamentos...).
- **Evaluación:** Observación directa.

**Tercer objetivo:** Las participantes verbalizarán sus preocupaciones y frustraciones con respecto a esta nueva etapa.

- **Contenidos:** Analizar las principales preocupaciones y frustraciones de las participantes.
- **Técnica:** de investigación de aula, foto palabra.
- **Tiempo:** 30'
- **Recursos:** Fotos que evoquen sentimientos, que ellas puedan elegir y expresar aquello que sienten.
- **Evaluación:** Observación directa.

**Cuarto objetivo:** Las participantes buscarán soluciones a sus frustraciones y resolverán sus dudas y preocupaciones.

- **Contenidos:** Puesta en común de soluciones y apoyo entre participantes.
- **Técnica:** de investigación de aula, frases incompletas. El docente expondrá diferentes situaciones mediante frases no acabadas con el fin de que el resto de las participantes busquen soluciones.
- **Tiempo:** 15'
- **Recursos:** Hoja con frases incompletas.
- **Evaluación:** Observación directa.

## Sesión 5: El tiempo y el autocuidado.

**Primer objetivo:** Las participantes conocerán y aprenderán la importancia de dedicar tiempo para el autocuidado.

- **Contenidos:** Importancia del autocuidado y gestión del tiempo.
- **Técnica:** Expositiva oral.
- **Tiempo:** 15'
- **Recursos:** Presentación, ordenador, proyector y pantalla.
- **Evaluación:** Observación directa.

**Segundo objetivo:** Las participantes compartirán con el resto de sus compañeras sus actividades favoritas.

- **Contenidos:** Actividades favoritas de las participantes.
- **Técnica:** de investigación de aula, variación de Philips 66. Se dividirá el grupo en 3 grupos de 4 personas, durante 8 minutos, durante este tiempo dialogarán y apuntarán las actividades que les guste realizar en un folio y posteriormente una portavoz lo expondrá ante el grupo completo. Durante este tiempo podrán levantar la mano cuando escuchen actividades que mencionen sus compañeras con el fin de lograr gente afín y descubrir nuevas actividades.
- **Tiempo:** 20'
- **Recursos:** Al menos 3 folios y 3 bolígrafos.
- **Evaluación:** Observación directa.

**Tercer objetivo:** Las participantes practicarán tiempo de calidad consigo mismas.

- **Contenidos:** Puesta en común grupal del tiempo dedicado al autocuidado durante las semanas de asistencia a las sesiones.
- **Técnica:** Exposición oral por parte de las participantes con apoyo de los docentes.
- **Tiempo:** 15'
- **Recursos:** Hoja a rellenar durante la duración del proyecto (ver **Anexo 6**).
- **Evaluación:** Observación directa

**Cuarto objetivo:** Las participantes aprenderán a relajarse y a disfrutar de los pequeños momentos.

- **Contenidos:** Relajación por parte de las participantes e introducción al mindfulness.
- **Técnica:** Mindfulness.
- **Tiempo:** 30'
- **Recursos:** Espacio neutro y relajado. Esta actividad se podrá realizar en el exterior del hospital si las condiciones meteorológicas lo permiten, para ello se necesitarán sillas y/o esterillas.
- **Evaluación:** Observación directa.

**Quinto objetivo:** Las participantes escucharán un testimonio de una cuidadora de ictus con el fin de motivarse y sentirse dispuestas a afrontar esta nueva etapa.

- **Contenidos:** Testimonio cuidadora de ictus.
- **Técnica:** Expositiva oral.
- **Tiempo:** 15'
- **Recursos:** No se precisan recursos para el desarrollo de este objetivo.
- **Evaluación:** Observación directa.

## **5. Evaluación.**

### **5.1. Evaluación de la estructura y el proceso.**

Esta evaluación se realizará tanto por parte de las participantes como por parte de los docentes.

Las participantes se encargarán de evaluar las sesiones desde un punto funcional y general, mediante un test de evaluación incluido en el **Anexo 4**. Se trata de una evaluación sencilla y rápida. Evaluarán el planteamiento de las sesiones, la utilidad de las mismas, el entorno donde hayan sido impartidas y los horarios. Se incluirá un espacio de aportaciones propias de los individuos para sugerencias y nuevas aportaciones al proyecto, para mejorar y tener en cuenta para futuros grupos. En esta evaluación será importante incluir una sección de las sesiones, para que marquen las sesiones a las que hayan acudido y así poder interpretar la evaluación en función de este criterio. Esta evaluación será entregada una vez hayan terminado todas las sesiones al alta junto con el test posterior de conocimientos.

En la evaluación por parte del profesional, jugará una labor crucial el segundo docente puesto que una de sus actividades fundamentales además de dar apoyo a su compañero durante las sesiones será la de observar y valorar el proceso y la estructura de estas. El docente se encargará de evaluar desde una perspectiva profesional que el lugar de realización de las actividades sea el adecuado y se ajuste a las necesidades del grupo y de la temática. Evaluará las aulas, teniendo en cuenta que haya espacio suficiente para las participantes con sillas y los materiales necesarios para impartir cada sesión, desde camas hasta utensilios necesarios. Asimismo evaluará si el contenido planteado se ajusta a las necesidades de los usuarios y a las expectativas que se pretendían cubrir. Lo hará mediante el guion del observador incluido en el **Anexo 5**, el que rellenará en cada sesión para realizar una evaluación exhaustiva de esta. A diferencia de la anterior se podrá evaluar de una forma más detallada con espacios para desarrollar propuestas y/o incluir irregularidades durante las sesiones.

### **5.2. Evaluación de los resultados.**

La evaluación de los resultados después de cada taller dependerá de la técnica utilizada y del área de aprendizaje que se pretenda valorar.

Los conocimientos adquiridos durante las sesiones se evaluarán mediante la realización de un test. Se entregarán dos test iguales, uno al comienzo del proyecto (test previo), que se

entregará en la primera sesión a la que se acuda y se realizará en ese mismo lugar y uno al final del proyecto que se entregará al alta (test posterior).

Por otro lado, las habilidades se evaluarán mediante la observación directa de las participantes durante la realización de las demostraciones en las sesiones.

Finalmente, las actitudes serán evaluadas mediante técnicas como foto-palabra o frases incompletas.

## VI. Bibliografía.

- (1) García López MV, Molero Bastante M, Moraleda Torres L, Pedraza Cantero AD. Alteraciones neuropsiquiátricas. En: García López MV, Molero Bastante M, Moraleda Torres L, Pedraza Cantero AD. Cuidados básicos para la edad avanzada. Serie Cuidados Básicos. Madrid: Difusión Avances de Enfermería;2014. p 187-200.
- (2) Lendínez Mesa A, coordinador. Enfermería en neurorrehabilitación. Barcelona: Sociedad Española de Enfermería Neurológica; 2016.
- (3) Suñer Soler R, coordinadora. Tratado de enfermería neurológica. 3ªed. Barcelona: Sociedad Española de Enfermería Neurológica; 2013.
- (4) Castillo Sánchez J, Jiménez Martín I. Reeducción funcional tras un ictus. Barcelona: Elsevier; 2015.
- (5) Navarro-Main B, Castaño-León AM, Munarriz PM, Gómez PA, Rios-Lago M, Lagares A. Conocimiento sobre daño cerebral adquirido en familiares de pacientes neuroquirúrgicos. Neuroc. 2018;29(1):1-8.
- (6) Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid. [cited 2020 Feb 20]. Available from: <https://www.ine.es/>.
- (7) Polonio López B, Romero Ayuso DM. Terapia Ocupacional aplicada al Daño Cerebral Adquirido. Madrid: Editorial Médica panamericana; 2010.
- (8) Hekmatpou D, Mohammad Bagban E, Mardanian Dehkordi L. The effect of patient care education on burden of care and the quality of life of caregivers of stroke patients. Jou of Mult Health. 2019;12:211-217.
- (9) Costa TF, Gomes TM, Viana LRC, Martins KP, Macêdo-Costa KNF. Stroke: patient characteristics and quality of life of caregivers. Rev Bras Enferm. 2016;69(5):877-883.
- (10) Caro CC, Costa JD, Cruz DMC. Burden and Quality of Life of Family Caregivers of Stroke Patients. Occupa The Health Care. 2018;32(2):154-171.
- (11) Oliva-Moreno J, Peña-Longobardo L, Mar J, Masjuan J, Soulard S, Gonzalez-Rojas N, et al. Determinants of Informal Care, Burden, and Risk of Burnout in Caregivers of Stroke Survivors: The CONOCES Study. Stro. 2017;49(1):140-146.

- (12) Pérez Menéndez A. El 90% de los casos de ictus se podrían evitar con una adecuada prevención de los factores de riesgo y un estilo de vida saludable [Internet]. Sociedad Española de Neurología (SEN); 2017. [cited 2020 Jan 22]. Available from: <http://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link223.pdf>.
- (13) Efi P, Fani K, Eleni T, Stylianos K, Vassilios K, Konstantinos B, et al. Quality of Life and Psychological Distress of Caregivers' of Stroke People. *Ac neuro Taiw.* 2017;26(4):154-166.
- (14) Day CB, Bierhals CCBK, Santos NO, Mocellin D, Predebon ML, Dal Pizzol FLF et al. Nursing home care educational intervention for family caregivers of older adults post stroke (SHARE): study protocol for a randomised trial. *Tria.* 2018;19(1):1-9.
- (15) Sanchez Martínez RT, Molina Cardona EM, Gómez-Ortega OR. Intervenciones de Enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. *Rev Cuida.* 2016;7(1):1171-1184.
- (16) López García EP. Puesta al día: cuidador informal. *Rev Enfe CyL.* 2016;8(1):71-77.
- (17) López-Espuela F, González-Gil T, Jiménez-Gracia MA, Bravo-Fernández S, Amarilla-Donoso J. Impacto en la calidad de vida en cuidadores de supervivientes de un ictus. *Enf Clín.* 2014;25(2):49-56.
- (18) Hu P, Yang Q, Kong L, Hu L, Zeng L. Relationship between the anxiety/depression and care burden of the major caregiver of stroke patients. *Medic.* 2018;97(40):1-6.
- (19) Bierhals CCBK, Low G, Paskulin LMG. Quality of life perceptions of family caregivers of older adults stroke survivors: A longitudinal study. *Appl Nurs Rese.* 2019;47:57-62.
- (20) Hultman MT, Everson-Rose SA, Tracy MF, Lindquist R, Hadidi NN. Associations between characteristics of stroke survivors and caregiver depressive symptoms: a critical review. *Top in Stro Rehab.* 2019. [Epub ahead on print].
- (21) León López JA, Font Lloret L, Ballesteros Aguilar E. Implantación de programa personalizado de educación sanitaria a cuidadores: proyecto «Pie de cama». *Rev Cient Soc Esp Enf Neurol.* 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sedene.2014.04.001>.
- (22) Panzeri A, Rossi Ferrario S, Vidotto G. Interventions for Psychological Health of Stroke Caregivers: A Systematic Review. *Front in Psy.* 2019;10(2045):1-16.

- (23) García FE, Manquián E, Rivas G. Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales. *Psicopersp.* 2016;15(3):101-111.
- (24) Pinedo S, Miranda M, Suárez A, García Ortiz MM, Quirós M, Herrero AM. Sobrecarga del cuidador informal del paciente con ictus a largo plazo. *Rehab.* 2010;44(4):345-350.
- (25) Krishnan S, York MK, Backus D, Heyn PC. Coping With Caregiver Burnout When Caring for a Person With Neurodegenerative Disease: A Guide for Caregivers. *APMR.* 2016;98(4):805-807.
- (26) Jaracz K, Grabowska-Fudala B, Górna K, Jaracz J, Moczko J, Kozubski W. Burden in caregivers of long-term stroke survivors: Prevalence and determinants at 6 months and 5 years after stroke. *Pat Ed and Couns.* 2015;98(8):1011-1016.
- (27) Byun E, Evans L, Sommers M, Tkacs N, Riegel B. Depressive symptoms in caregivers immediately after stroke. *Top in Str Rehab.* 2019;26(3):187-194.
- (28) Megías-Lizancos F, Castro-Molina FJ. Ansiedad y angustia. Apoyo psicológico. En: Megías-Lizancos F, Castro-Molina FJ. *Manejo del Estrés en profesionales sanitarios.* Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2018. p. 69-104.
- (29) Graf R, LeLaurin J, Schmitzberger M, Freytes IM, Orozco T, Dang S, et al. The stroke caregiving trajectory in relation to caregiver depressive symptoms, burden, and intervention outcomes. *Top in Stro Rehab.* 2017;24(7):488-495.
- (30) Smith TO, Pearson M, Pfeiffer K, Crotty M, Lamb SE. Caregiver Interventions for Adults Discharged from the Hospital: Systematic Review and Meta-Analysis. *The Am Geria Soc.* 2019:1-10.
- (31) NNNConsult. [Internet]. Elsevier. [cited 2020 Feb 8]. Available from: <https://www.nnnconsult.com/>.
- (32) Presentación Hospital Gorniz [Internet]. [cited 2020 Feb 5]. Available from: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/hospital-gorniz-hospital-presentacion/ab84-hogorcon/es/>.

## **VII. Anexos.**

## **Anexo 1: Preguntas de la Escala de Zarit.**

A continuación se muestran las preguntas que debe contestar el cuidador del 0 al 4. Se utiliza para medir la sobrecarga del cuidador.

1. ¿Cree que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?
2. ¿Cree que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?
3. ¿Se siente agobiado entre cuidar a su familiar y tratar de cumplir otras responsabilidades en su trabajo o familia?
4. ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?
6. ¿Piensa que su familiar afecta negativamente a su relación con otros miembros de la familia?
7. ¿Tiene miedo de lo que el futuro depara a su familiar?
8. ¿Cree que su familiar depende de usted?
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?
10. ¿Cree que su salud se ha deteriorado por cuidar de su familiar?
11. ¿Cree que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a su familiar?
12. ¿Cree que su vida social se ha resentido por cuidar a su familiar?
13. ¿Se siente incómodo por desatender a sus amistades debido a su familiar?
14. ¿Cree que su familiar parece esperar que usted sea la persona que le cuide, como si usted fuera la única persona de quien depende?
15. ¿Cree que no tiene suficiente dinero para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?
16. ¿Cree que será incapaz de cuidarle/a por mucho más tiempo?
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde la enfermedad de su familiar?
18. ¿Desearía dejar el cuidado de su familiar a otros?
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?
20. ¿Cree que debería hacer más por su familiar?
21. ¿Cree que podría cuidar mejor de su familiar?
22. Globalmente, ¿qué grado de carga experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?

Según la puntuación se clasifica de la siguiente forma, siendo 88 la máxima puntuación:

- <46 – Ausencia de sobrecarga
- 47-55 – Sobrecarga ligera
- > 56 – Sobrecarga intensa

<h2>¿Quiénes somos?</h2> <p>Somos XXX XXX y XXX XXX enfermeras del Hospital de ABC, expertas en el ictus y la dependencia.</p> <p>Durante nuestra trayectoria hemos observado las carencias al alta y por ello queremos ayudaros a empezar con buen pie.</p> <hr/> <h2>Objetivo</h2> <p>Nuestro objetivo es facilitar el alta, solucionar las dudas que se puedan plantear durante este proceso, y mejorar la adaptación a esta nueva situación.</p> <p>Potenciando la importancia del cuidador, el autocuidado y la gestión del tiempo.</p>	<h2><u>INFORMACIÓN</u></h2> <p><b>LUGAR:</b> Aula polivalente Planta X, Sala X</p> <p><b>HORARIO:</b> Cada <u>Martes</u> por la tarde de 17 : 00 a 18:30</p> <p><b>CONTACTO E INSCRIPCIONES</b>  proyectocuidarse@gmail.com</p> <p> 942 86 45 89</p> <p>Control de Enfermería planta X</p>	<h1>Cuidarse para cuidar</h1> <p>Talleres para cuidadores de personas que han tenido un ictus</p>     <hr/> <p>Para vosotros cuidadores, para ayudaros en el comienzo de esta nueva etapa. ¡Os esperamos!</p>
--	--	---

# ¿Y AHORA QUÉ?

## ¿QUÉ ES EL ICTUS?

El ictus o también conocido como ACV (accidente cerebrovascular) es una lesión localizada a nivel cerebral, que afecta a la calidad de vida de la persona que lo sufre.

Se divide en ictus isquémico o hemorrágico.

Es la primera causa de daño cerebral adquirido y por tanto de dependencia.

Presentan secuelas en las actividades básicas de la vida diaria como por ejemplo en la nutrición, en las actividades, en el lenguaje, dificultades visuales y de adaptación.

## EL CUIDADOR

El cuidador es aquella persona que presta sus cuidados a personas que sufren alguna enfermedad o causa de dependencia (en este caso el ictus), siendo su principal medio de asistencia una vez han sido dados de alta.

Características:

- Cuidado no remunerado.
- Sin horario establecido.
- Sin formación específica.



## SESIONES Y CONTENIDOS

Se plantean las siguientes sesiones de **1h 30'** cada una:

Sesión 1: ¿Qué es el ictus?

Sesión 2: Movilización y preparación del hogar.

Sesión 3: Eliminación e higiene.

Sesión 4: Signos y síntomas de alarma, frustraciones y preocupaciones.

Sesión 5: El tiempo y el autocuidado.

**Anexo 3: Póster.**



Hospital de ABC

# **CUIDARSE PARA CUIDAR**

Para vosotros cuidadores, para ayudaros en el comienzo de esta nueva etapa.

**TALLERES PARA FAMILIARES DE PERSONAS QUE HAN  
SUFRIDO UN ICTUS**

---

**CADA MARTES A LAS 17H EN EL AULA POLIVALENTE DE LA PLANTA X**

MÁS INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES:

Control de Enfermería planta X  
proyectocuidarse@gmail.com  
942 86 45 89

## Anexo 4: Test de evaluación de la estructura y el proceso para participantes.

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sesiones: (marcar con una X a las sesiones que haya acudido)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sesión 1: ¿Qué es el ictus?                    | <input type="checkbox"/> Sesión 4: Signos y síntomas de alarma, frustraciones y preocupaciones |
| <input type="checkbox"/> Sesión 2: Movilización y preparación del hogar | <input type="checkbox"/> Sesión 5: El tiempo y autocuidado.                                    |
| <input type="checkbox"/> Sesión 3: Eliminación y aseo                   |  |

Evalúe del 0 al 5 las siguientes preguntas. Siendo 0 la mínima puntuación y 5 la máxima.

1. Valoración global que le merece el proyecto

0	1	2	3	4	5

General:

2. ¿Cree que el espacio utilizado se ajusta a las necesidades del taller?
3. ¿Le ha resultado sencillo el proceso de inscripción?
4. ¿Cree que la organización y el planteamiento es la adecuada?

0	1	2	3	4	5

Sesiones/Contenido:

5. ¿Se le ha informado adecuadamente de la realización de los talleres?
6. ¿Le parecen interesantes/útiles los contenidos impartidos en las sesiones?
7. ¿Le parece adecuada la duración de las sesiones?
8. ¿Los materiales utilizados se ajustan a las necesidades de las sesiones?
9. ¿El horario de las sesiones es adecuado?

0	1	2	3	4	5

Docentes:

10. ¿Los docentes se explican con claridad en sus explicaciones?
11. ¿Han sabido responder a las dudas planteadas?
12. ¿Dominaban la materia expuesta?

0	1	2	3	4	5

Sugerencias y aportaciones:

--

## Anexo 5: Guion del observador.

Sesión: \_\_\_\_\_

### General

1. Espacio utilizado.

0	1	2	3	4	5

2. Organización y planteamiento de la sesión.

0	1	2	3	4	5

### Sesiones/Contenidos

3. Contenidos globales impartidos.

0	1	2	3	4	5

4. Contenidos adecuados a las necesidades.

0	1	2	3	4	5

5. Los contenidos fomentan la participación.

0	1	2	3	4	5

6. Duración de la sesión.

0	1	2	3	4	5

--

7. Materiales utilizados.

0	1	2	3	4	5

--

Docente

8. Se explica con claridad.

0	1	2	3	4	5

--

9. Responde las dudas planteadas.

0	1	2	3	4	5

--

10. Domina la materia.

0	1	2	3	4	5

--

**Anexo 6: Hoja de anotación de tiempo de autocuidado.**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

COSAS QUE HE HECHO POR MÍ MISMA:

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

MOMENTOS EN LOS QUE HE DISFRUTADO:

- 
- 
- 
- 
- 
- 
-

## Anexo 7: Test de conocimientos previos-posteriores al proyecto.

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sesiones: (marcar con una X a las sesiones que haya acudido)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sesión 1: ¿Qué es el ictus?                    | <input type="checkbox"/> Sesión 4: Signos y síntomas de alarma, frustraciones y preocupaciones |
| <input type="checkbox"/> Sesión 2: Movilización y preparación del hogar | <input type="checkbox"/> Sesión 5: El tiempo y autocuidado.                                    |
| <input type="checkbox"/> Sesión 3: Eliminación y aseo                   |  |

PREGUNTAS: Contesta a este breve cuestionario para evaluar los conocimientos antes de realizar el taller y después de haberlo realizado.

1. ¿Qué es el ICTUS?

- a) Una alteración del flujo sanguíneo en un área encefálica de aparición brusca.
- b) Una alteración del flujo sanguíneo en un área encefálica de aparición lenta.
- c) Ninguna de las dos.

2. ¿Qué tipos de ICTUS existen?

- a) Hemorrágicos.
- b) Isquémicos.
- c) Los dos.

3. Marca con una X las secuelas que produce esta enfermedad:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Disfagia.                              | <input type="checkbox"/> Dificultad para: subir escaleras, vestirse, ir al baño, asearse, alimentarse o pasear. | <input type="checkbox"/> Alteraciones de la memoria. |
| <input type="checkbox"/> Incontinencia o retención urinaria.    | <input type="checkbox"/> Alteraciones sensitivas.   | <input type="checkbox"/> Negligencia espacial.       |
| <input type="checkbox"/> Infecciones urinarias o respiratorias. | <input type="checkbox"/> Alteraciones visuales.   | <input type="checkbox"/> Demencia.                   |
| <input type="checkbox"/> Incontinencia fecal o estreñimiento.   | <input type="checkbox"/> Déficit de atención.   | <input type="checkbox"/> Dolor de hombro             |
| <input type="checkbox"/> Hemiparesia                            |   | <input type="checkbox"/> Dolor central postictus.    |
| <input type="checkbox"/> Alteraciones del lenguaje.             |   | <input type="checkbox"/> Disfunción sexual.          |
|   |   | <input type="checkbox"/> Ansiedad.                   |
|   |   | <input type="checkbox"/> Depresión.                  |

4. A la hora de ayudar en el vestido de su familiar, ¿qué miembro viste antes?
  - a) El miembro afectado.
  - b) El miembro no afectado.
  - c) Es indiferente.
  
5. Cuando su familiar camine con muleta/bastón, ¿qué miembro debe acompañar a la muleta/bastón?
  - a) El miembro afectado.
  - b) El miembro no afectado.
  - c) Es indiferente.
  
6. ¿Qué síntomas le harían sospechar de una posible repetición del ictus?
  - a) La pérdida de fuerza de los miembros.
  - b) Parálisis facial.
  - c) Pérdida del habla, habla incomprensible o incoherente.
  - d) Todas ellas son ciertas.
  
7. Para evitar el hombro doloroso resulta importante...
  - a) Masajear continuamente.
  - b) Aplicar contrastes de temperatura.
  - c) Que el brazo afectado esté permanezca apoyado en una superficie durante la sedestación.
  
8. De cara al alta domiciliaria, ¿qué elementos se deben modificar?
  - a) Eliminar los elementos que puedan propiciar tropezones (alfombras, cables...).
  - b) Poner obligatoriamente una cama articulada y un colchón antiescaras.
  - c) Todas son necesarias.
  
9. Durante la higiene en el cambio de pañal, ¿cómo se debe limpiar?
  - a) De la parte delantera hacia la trasera.
  - b) De la parte trasera hacia la delantera.
  - c) Es indiferente.