

Trabajo Fin de Grado

Título:

Formación a cuidadores en el manejo de pacientes mayores con patologías crónicas complejas y degenerativas

Alumno: José María Morato Núñez

Director: Daniel Fernández Robles

Madrid, mayo de 2024

Índice

Resumen	3
Abstract	4
1. Presentación	5
2. Estado de la cuestión.....	6
2.1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema.....	6
2.2. Justificación.....	20
3. Población y captación.....	21
3.1. Población diana	21
3.2. Captación	22
4. Objetivos.....	23
4.1. Objetivos generales	23
4.2. Objetivos específicos	23
5. Contenidos	25
6. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales	27
6.1. Cronograma general	27
6.2. Participantes	27
6.3. Docentes	28
6.4. Lugar de celebración.....	28
6.5. Diseño de las sesiones	29
6.6. Contenido de la 1 ^a sesión. Situación del cuidado en el anciano desde la perspectiva de la hospitalidad	31
6.7. Contenido de la 2 ^a sesión. El arte de cuidar. Manejo del anciano I.....	32
6.8. Contenido de la 3 ^a sesión. El arte de cuidar. Manejo del anciano II.....	33
6.9. Contenido de la 4 ^a sesión. Quien mueve las piernas, mueve el corazón	34
6.10. Contenido de la 5 ^a sesión. Si no te cuidas tú, ¿a quién pretendes cuidar?	35
6.11. Contenido de la 6 ^a sesión. Objetivos cumplidos.....	36
7. Evaluación.....	37
7.1. Evaluación de la estructura y el proceso	37
7.2. Evaluación de resultados	38
8. Bibliografía.....	39
9. Anexos	46
Anexo 1. Escala Zarit	46
Anexo 2. Cartel de captación	48
Anexo 3. Formulario de inscripción en el taller	49
Anexo 4. Consejos e información sobre la alimentación	50
Anexo 5. Cuestionario de aprendizaje sobre alimentación.....	51
Anexo 6. Cuestionario de aprendizaje sobre vestimenta	52
Anexo 7. Encuesta de conocimientos sobre el ejercicio físico	53
Anexo 8. Directrices para el desarrollo del role-playing	54
Anexo 9. Encuesta de satisfacción	55
Anexo 10. Encuesta de evaluación del programa educativo	56
Anexo 11. Evaluación del taller de alimentación.....	57
Anexo 12. Evaluación del taller de vestimenta e incontinencia	57
Anexo 13. Evaluación del taller de ejercicio físico	58
Anexo 14. Evaluación del taller de cuidados propios	58

Resumen

Introducción: Se ha producido un aumento de la población anciana y, con ello, de las personas dependientes. Frecuentemente, estas personas son cuidadas por familiares que no tienen ningún tipo de formación profesional relacionada con los cuidados básicos que necesitan. Además, esta carga de tareas puede afectar negativamente a los propios cuidadores de manera psicológica, económica y social.

Objetivo: Proporcionar a estos cuidadores información relevante sobre cómo deben realizar determinadas tareas para ayudar a sus seres queridos. Es necesario identificar los signos de agotamiento físico y mental para poder afrontarlos y así actuar de manera adecuada.

Metodología: Programa educativo desarrollado por enfermeros profesionales. En él se podrán reunir diferentes cuidadores informales de ubicación cercana para compartir sus experiencias, descubrir aquellos aspectos en los que necesiten conocimientos prácticos y conocer técnicas de cuidados que podrán utilizar con sus propios familiares. Así se establecerá una red de apoyo entre ellos que podrá prolongarse en el tiempo.

Implicaciones para la práctica enfermera: Además de mejorar los cuidados domiciliarios para las personas dependientes, se contribuye a la prevención del síndrome del cuidador quemado, promoviendo su salud y bienestar. Al establecer una red de apoyo entre cuidadores informales, se fomenta la colaboración y el intercambio de recursos, fortaleciendo la comunidad y el sistema de cuidados en el ámbito local.

Palabras clave: cuidadores, personas dependientes, programa educativo, apoyo, cuidados domiciliarios, deterioro cognitivo, anciano frágil.

Abstract

Introduction: There has been an increase in the elderly population and, consequently, in dependent individuals. These individuals are often cared for by family members who have no professional training in relation to the basic care they need. Furthermore, this burden of tasks can negatively affect the caregivers themselves psychologically, economically, and socially.

Objective: To provide these caregivers with relevant information on how to perform certain tasks to assist their loved ones. It is necessary to identify signs of physical and mental exhaustion in order to address them and act appropriately.

Methodology: Educational program developed by professional nurses. It will bring together different informal caregivers in close proximity to share their experiences, discover areas where they need practical knowledge, and learn caregiving techniques they can use with their own family members. This will establish a support network among them that can endure over time.

Implications for nursing practice: In addition to improving home care for dependent individuals, it contributes to the prevention of caregiver burnout syndrome by promoting their health and well-being. By establishing a support network among informal caregivers, collaboration and resource exchange are encouraged, strengthening the community and the care system at the local level.

Keywords: Caregivers, Dependent individuals, Educational program, Support, Home care, Cognitive deterioration, Frail elderly.

1. Presentación

Enfocar los cuidados hacia la población mayor y potenciar la enseñanza dirigida a los cuidadores principales resulta esencial en el panorama actual de envejecimiento demográfico. En la Comunidad de Madrid, el porcentaje de la población mayor de 65 años ha subido hasta el 18%. La relevancia de este enfoque radica en la necesidad de abordar de manera integral las complejas necesidades de las personas mayores, asegurando una atención centrada en el individuo que respete sus particularidades físicas, emocionales y sociales.

Al dirigir la enseñanza hacia los cuidadores principales se busca proporcionarles las herramientas y conocimientos necesarios para ofrecer cuidados de calidad, fundamentados en la comprensión de las diversas dimensiones de fragilidad en la vejez. Este enfoque no solo impacta positivamente en la calidad de vida de los ancianos, promoviendo su autonomía y bienestar, sino que también alivia la carga de los cuidadores, permitiéndoles desempeñar su rol de manera más efectiva y equilibrada. En última instancia, invertir en la formación de los cuidadores principales no solo mejora la atención directa a la población anciana, sino que contribuye a la construcción de una sociedad más consciente y solidaria con las necesidades de quienes transitan la etapa final de sus días. La implementación de este programa puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de la población anciana.

El programa de educación propuesto se posiciona como una herramienta esencial para empoderar a los cuidadores, proporcionándoles los conocimientos y habilidades necesarios para enfrentar los desafíos específicos asociados al cuidado del anciano. Se resalta la importancia de la identificación temprana, la valoración holística y la implementación de intervenciones específicas, además de abordar distintos tipos de fragilidad proporcionando un conocimiento profundo. La comprensión de la dependencia, las prestaciones del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), y las patologías más predominantes en la población anciana también se incluyen en el programa educativo.

El enfoque en la sobrecarga en los cuidadores informales destaca la preocupación por el bienestar emocional y mental de quienes desempeñan un papel crucial en el cuidado diario. La implementación de estrategias de apoyo integral se presenta como una medida preventiva esencial para garantizar la salud y el equilibrio en la vida de los cuidadores.

Este programa supone una herramienta estratégica para capacitar a los cuidadores principales, permitiéndoles afrontar los desafíos específicos del cuidado de su ser querido.

2. Estado de la cuestión

2.1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema

La búsqueda bibliográfica se realizó desde julio del 2023 hasta febrero del 2024, para la cual se utilizaron fundamentalmente bases de datos científicas como Academic Search Complete, CINAHL Complete, MEDLINE, Google Académico o SciELO. También se ha recopilado mucha información de libros de texto y recursos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), o la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG).

En este proceso de búsqueda bibliográfica se usaron los términos Decs y Mesh combinándolos con los operadores boléanos “and” y “or”. Los artículos con más peso para este proyecto se encuentran en inglés, castellano, portugués e incluso rumano, quedando reflejados en la bibliografía. También se utilizaron filtros de fecha, acotándose la publicación de los artículos a los 5 últimos años. Todos estos términos pueden observarse en la **Tabla 1**.

Términos Mesh	Caregivers; basic care; cognitive impairment; falls; dependency; age advanced; psychology; frail elderly
Términos Decs	Cuidadores; cuidados básicos; deterioro cognitivo; caídas; dependencia; edad avanzada; psicología; fragilidad; anciano frágil

Tabla 1. Términos MESH y DECS. Elaboración propia.

2.1.1. Definición del anciano frágil

La fragilidad en la población anciana es un fenómeno multidimensional que implica la pérdida de la reserva fisiológica y funcional, aumentando la vulnerabilidad a eventos adversos (1). La fragilidad en la población anciana representa un desafío significativo tanto para los profesionales de la salud, en particular para la enfermería por su identificación y manejo, como para las personas que cuidan de ellos en el entorno donde residen (2).

La fragilidad se caracteriza por la disminución de la resistencia y por la capacidad de recuperación frente a estresores físicos y psicológicos, lo que aumenta el riesgo de eventos adversos, hospitalizaciones (3) y dependencia funcional, pues se ha convertido en un foco crítico para la atención de salud (4,5).

2.1.2. Tipos de fragilidad

Fragilidad física. Caracterizada por la pérdida de fuerza, masa muscular y capacidad funcional, está estrechamente ligada al envejecimiento y se manifiesta en problemas como inestabilidad al caminar, caídas y fracturas. La enfermería se enfoca en evaluar la movilidad, el equilibrio y la fuerza, implementando programas de ejercicio adaptados a las necesidades individuales de cada anciano para mitigar estos riesgos (6).

Fragilidad cognitiva. Implica la disminución de funciones mentales como la memoria y la atención, asociada al envejecimiento y enfermedades crónicas. Conlleva un declive funcional y cognitivo, una reducción de la autonomía y un mayor riesgo de problemas de salud como caídas (7) y demencia (5,8,9). La evaluación multidimensional incluye pruebas como la evaluación cognitiva de Montreal y el Minimental. La edad, la educación y la capacidad cognitiva influyen en ella (8).

Fragilidad nutricional. La fragilidad nutricional en ancianos se relaciona con malnutrición y pérdida de peso involuntaria, exacerbada por cambios corporales como pérdida de masa muscular. La disminución de la actividad física reduce la ingesta de alimentos, empeorando la situación. La evaluación nutricional, que incluye herramientas como la evaluación global subjetiva y la medición del pliegue cutáneo, sirve de guía para realizar intervenciones como por ejemplo planes de alimentación personalizados o suplementos nutricionales. Adaptar las evaluaciones a patrones dietéticos específicos puede mejorar la identificación de personas en riesgo (10-13).

Fragilidad psicosocial. Esta fragilidad se relaciona con la falta de apoyo social, depresión y aislamiento, afectando a su salud mental y emocional. La enfermería y los cuidadores principales realizan evaluaciones exhaustivas utilizando escalas como la de depresión geriátrica. Las intervenciones incluyen terapias de apoyo y programas de participación social para mejorar el bienestar emocional y social del paciente anciano, aprovechando el conocimiento del cuidador principal sobre la persona a su cargo (8,14,15).

La evaluación y el abordaje del anciano frágil es fundamental para mejorar la calidad de vida y prevenir complicaciones. Reconocer y abordar los diferentes tipos de fragilidad permite una atención más precisa y centrada en el paciente, promoviendo la autonomía y el bienestar en el proceso de envejecimiento. La colaboración interdisciplinaria sigue siendo clave para abordar de manera efectiva los desafíos asociados con la fragilidad en el anciano (4,5,16-28).

2.1.3. Paciente anciano

La atención a la población anciana constituye un área crítica de la enfermería, marcada por desafíos específicos relacionados con el envejecimiento demográfico y con la complejidad de las necesidades de salud de este grupo. En la **Figura 1** es posible apreciar cómo ha evolucionado el porcentaje de población mayor de 65 años en la Comunidad de Madrid en las últimas décadas, aumentando considerablemente en todos los grupos de edades (29).

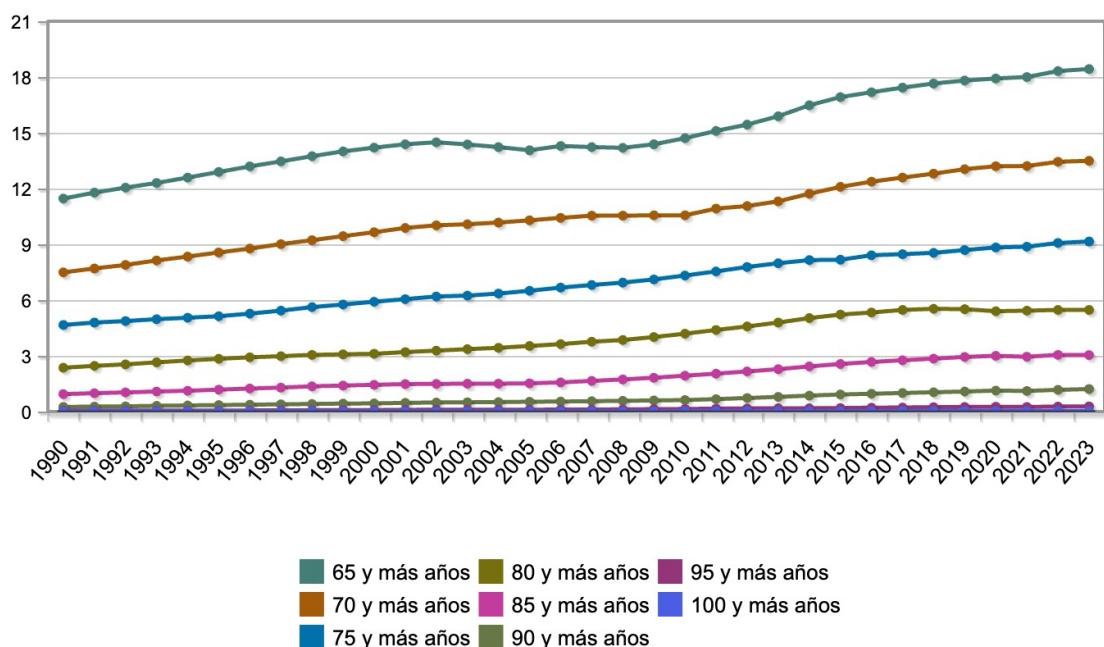


Figura 1. Gráfico de proporción de personas mayores de 65 años en la Comunidad de Madrid. INE, 2023 (30).

El rápido envejecimiento global demanda una atención de salud de calidad centrada en las particularidades de los ancianos. La enfermería y los cuidadores son pilares esenciales en la adaptación de prácticas para abordar estos desafíos únicos (31).

2.1.4. Dependencia

La problemática asociada a la dependencia en las personas mayores ha cobrado una creciente relevancia en el ámbito de la atención sanitaria y social. A medida que la población envejece, es necesario abordar los desafíos derivados en la pérdida de autonomía y la necesidad de asistencia en las actividades cotidianas (32,33).

El requerimiento de ayuda total o parcial para llevar a cabo el desarrollo de determinadas

tareas supone diversos efectos negativos tanto en el paciente como en el cuidador principal. Además de todo el peso psicológico que conlleva la pérdida de autonomía propia, hay que añadir el sentimiento de convertirse en una carga para la persona de la que dependen. Esta carga se define como “el conjunto de problemas físicos, psicológicos, emocionales, sociales y financieros que pueden experimentar los miembros de la familia que cuidan de adultos dependientes” (34). Al no ser un hecho puntual, sino que se prolonga durante un largo periodo de tiempo, puede generar ciertos conflictos domésticos, como por ejemplo en la realización de tareas, por el efecto que pueda tener en el cuidador a nivel laboral o por la repercusión económica que conlleve esta situación (32,33).

2.1.5. Prestaciones

La Ley 39/2006 del 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia (35), define la dependencia como un estado permanente vinculado a factores como la edad, la enfermedad o la discapacidad, que requiere asistencia o ayudas significativas para llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria. Esta Ley de Dependencia garantiza el derecho a la autonomía y atención a la dependencia como un derecho ciudadano, regulando la colaboración entre el Estado y las Comunidades Autónomas a través del Consejo Territorial del SAAD (33). Se basa en los artículos 49 y 50 de la Constitución, comprometiéndose todas las instituciones públicas a un modelo integral de atención que prioriza el bienestar del ciudadano (35).

La Ley del SAAD establece servicios y prestaciones para la atención domiciliaria, centrándose en las necesidades de las personas dependientes. Estos incluyen programas de prevención, teleasistencia para apoyo inmediato, servicios de ayuda personal y doméstica, atención en centros de día y noche, así como atención residencial que cubre alojamiento, asistencia diaria y programas especializados (33,35-37).

La coordinación entre sistemas de apoyo a la dependencia y servicios sanitarios, según la ley, puede mejorar la calidad de vida de los cuidadores al garantizar la continuidad del servicio y facilitar el acceso a los recursos necesarios, reduciendo así la carga administrativa y el estrés, y mejorando la capacidad para brindar cuidados (35,36).

2.1.6. Grados de dependencia

La clasificación de los grados de dependencia se establece como un criterio fundamental para evaluar las necesidades de asistencia de las personas en función de su capacidad para llevar a cabo actividades diarias. En este contexto, se identifican tres tipos de grados de

dependencia: leve, moderado y grave (38). Esta clasificación permite una evaluación más precisa, por lo que facilita la implementación para la mejora de la calidad de vida de las personas en situación de dependencia (39).

- **Grado de dependencia leve.** Implica limitaciones en algunas actividades, pero con un nivel considerable de autonomía y la necesidad ocasional de apoyos o adaptaciones.
- **Grado de dependencia moderado.** Las limitaciones son más notables y se necesita más asistencia en actividades diarias.
- **Grado de dependencia grave.** Las limitaciones son significativas, se requiere asistencia constante para actividades básicas y la dependencia es más pronunciada.

2.1.7. Patologías más predominantes a la persona mayor

- **Patologías cardíacas.** El envejecimiento y la presencia de factores de riesgo como la hipertensión, la diabetes o la dislipemia¹ aumentan la susceptibilidad a estas patologías. Al poder conducir a una mayor dependencia funcional en el adulto mayor, es crucial que el cuidador principal esté bien informado sobre los síntomas, tratamientos y medidas preventivas relacionadas con estas enfermedades, permitiéndole brindar un cuidado adecuado y oportuno, promoviendo así la salud y el bienestar del anciano a su cargo (16) (19).
- **Diabetes.** Esta patología es muy significativa en la población anciana debido a su alta prevalencia y a las complicaciones asociadas, como la diabetes tipo II o no insulinodependiente (40). La gestión efectiva de la diabetes es crucial para prevenir complicaciones graves y mantener la calidad de vida del anciano (18). Dada la naturaleza crónica y compleja de esta enfermedad, el cuidador principal debe estar bien informado sobre la dieta, el control de la glucosa y el manejo de medicamentos para brindar un apoyo efectivo al anciano con la enfermedad diabética, asegurando de este modo su bienestar y autonomía (41).
- **Nutrición inadecuada.** En el ámbito geriátrico, la diabetes se encuentra estrechamente vinculada con la alimentación. Factores como la pérdida de apetito, problemas dentales

¹ **Dislipemia:** alteración en niveles de lípidos en la sangre (colesterol "LDL" y triglicéridos)

o limitaciones físicas como la disfagia, entre otras, pueden contribuir a deficiencias nutricionales, aumentando el riesgo de complicaciones de salud (11,42). Para el cuidador principal es fundamental comprender y realizar la mejor elaboración dietética, ofreciéndola de manera individualizada para la persona dependiente (12,13).

- **Enfermedades respiratorias.** Son muy comunes en la vejez, constituyendo algunas de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. Entre ellas destacan la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), una afección inflamatoria crónica que obstruye el flujo de aire a los pulmones, afectando hasta el 15% de las personas mayores de 65 años, siendo el tabaquismo un factor desencadenante; el asma, caracterizado por problemas ocasionales para respirar con normalidad y que afecta al 7,8% de la población mayor con más posibilidades de mortalidad; o las neumonías, muy comunes en este grupo debido al deterioro del sistema inmunitario, mostrándose con un pronóstico desfavorable el cáncer de pulmón (16,17,28,43).
- **Demencias.** Se tratan de trastornos neurodegenerativos, siendo el más predominante el Alzhéimer, enfermedad progresiva que afecta principalmente a las personas mayores, caracterizado por la pérdida gradual de la memoria y otras funciones cognitivas. En un estudio llevado a cabo en el Hospital Dr. Kamakshi Memorial en Chennai se implementó un programa de enseñanza para familiares de personas mayores con Alzheimer, produciendo un aumento significativo en el conocimiento sobre la enfermedad y mejorando su gestión en el hogar después de la intervención (20).
- **Fracturas.** Aunque no constituyen una enfermedad en sí misma, su importancia radica en su prevalencia y en las consecuencias significativas que tienen en los ancianos. La fragilidad ósea asociada al envejecimiento aumenta la vulnerabilidad a fracturas, especialmente por caídas. Estos eventos pueden conducir a una pérdida de autonomía funcional, a una disminución de la movilidad y, en algunos casos, a contribuir al deterioro general de la salud del anciano. Para el cuidador principal resulta crucial comprender y abordar adecuadamente las fracturas en el anciano, ya que pueden requerir atención médica especializada, rehabilitación y cuidados adicionales, lo que destaca la importancia de una atención integral para esta población vulnerable (21,44,45).
- **Depresión.** Este trastorno se caracteriza por la presencia de sentimientos profundos de tristeza y por la falta de interés en las actividades diarias. Puede agravarse en personas mayores debido a factores como la pérdida de seres queridos, limitaciones físicas o enfermedades crónicas, aumentando el riesgo de aislamiento social. Para el cuidador

principal, la carga de proporcionar atención constante puede generar altos niveles de estrés y agotamiento, existiendo riesgo de depresión. Identificar estos síntomas de manera temprana y diseñar estrategias de intervención centradas en el bienestar emocional son cruciales para mitigar el impacto de la depresión tanto en el anciano como en el cuidador (15,46-51).

2.1.8. El cuidado del mayor

El término “cuidado”, en el contexto de este proyecto, se refiere a la atención, asistencia y preocupación dedicada a satisfacer las necesidades físicas, emocionales y sociales de la persona anciana. En el ámbito doméstico, el cuidado no se limita a mantener un estilo de vida, sino que implica una atención integral que considera a la persona anciana en su totalidad (52).

El cuidado puede manifestarse a través de diversas acciones, como se detallará más adelante. El cuidado no solo se enfoca en la enfermedad del mayor, sino también en la promoción del bienestar y de la calidad de vida del anciano (53).

2.1.9. Tipos de cuidadores

El cuidado del anciano implica una red diversa de cuidadores, cada uno desempeñando roles específicos y contribuyendo al bienestar del individuo envejecido. Podemos definir al cuidador como el individuo que asume la responsabilidad de proporcionar atención física, emocional y práctica a una persona que tiene necesidades de asistencia significativas debido a su enfermedad, discapacidad o fragilidad. Por el tipo de formación con la que cuentan podemos diferenciar entre cuidadores formales e informales (54).

- **Cuidadores formales.** Son profesionales capacitados que brindan servicios de cuidado a personas mayores como parte de su trabajo remunerado. Estos cuidadores pueden incluir enfermeras, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud. Centran su enfoque en protocolos y habilidades específicas, con el objetivo de proporcionar un cuidado de alta calidad y especializado. Pueden desempeñar su labor en residencias de ancianos, centros de día, hospitales, centros de salud o bien brindar sus servicios a domicilio (55,56).
- **Cuidadores informales.** Son personas cercanas que asumen la responsabilidad del cuidado del anciano sin percibir una compensación económica. Este cuidador juega un

papel crucial al proporcionar un apoyo que se basa en las relaciones afectivas previas, compartiendo lazos familiares o amistosos con el anciano. Sus responsabilidades son muy amplias. A menudo, los cuidadores informales se enfrentan a desafíos significativos, como el equilibrio entre el trabajo y el cuidado, la gestión del estrés y la adaptación a las necesidades cambiantes del anciano (57-59).

2.1.10. El perfil de los cuidadores informales

Los cuidadores informales son personas que sacrifican gran parte de su tiempo y recursos económicos para poder atender las necesidades del paciente, dedicando una parte significativa de su rutina diaria a cubrir estas dependencias. Estos cuidadores realizan una labor imprescindible que ante la sociedad pasa muy desapercibida y carece del reconocimiento que se merece (60).

El cuidado, que puede extenderse por un período muy variable de tiempo, implica la reorganización de la vida familiar para adaptarse a las nuevas circunstancias. Este cambio en la dinámica familiar impacta de manera significativa en la vida de los cuidadores, quienes se enfrentan a desafíos particulares (9,60-62).

El cuidado suele recaer mayormente en mujeres, especialmente amas de casa, debido a normas culturales tradicionales. Esto no solo afecta a su participación social y autonomía, sino que también genera dilemas éticos al equilibrar el cuidado de otros con sus propias necesidades. Además, el cuidado carece de valoración social, siendo percibido como trabajo no remunerado que limita la participación de las mujeres en otros ámbitos (61).

En la actualidad, se ha modificado la percepción del cuidado, reconociéndolo como un acto solidario y voluntario, en contraste con la visión tradicionalmente asociada a la responsabilidad femenina. Los servicios sociales y de salud han comenzado a valorar el papel del cuidador, ofreciendo apoyo a través de diversas modalidades, como ayuda domiciliaria y centros de día. Este cambio subraya la urgencia de reconocer a los cuidadores, remunerados o voluntarios, como componentes esenciales para el bienestar social (9).

2.1.11. Sobrecarga del rol del cuidador

El papel del cuidador no profesional de adultos mayores que necesitan asistencia implica una carga considerable que puede generar agotamiento físico y emocional en el cuidador, quien enfrenta una pérdida gradual de su independencia y debe equilibrar el cuidado con otros

aspectos de su vida, como relaciones familiares, laborales y sociales (63-65).

Esto puede manifestarse en problemas de comportamiento y en un deterioro de su salud física y emocional. La sobrecarga del cuidador se produce cuando este se ve superado por las demandas físicas, emocionales y sociales asociadas con el cuidado constante (49-51,60).

Para abordar esta sobrecarga, existen herramientas como la escala Zarit (**Anexo 1**) que ofrecen apoyo para manejar el estrés y la depresión, así como habilidades para enfrentar las demandas del cuidado. Aunque su efectividad puede variar, son fundamentales para reducir la sobrecarga que soportan los cuidadores informales. La **Tabla 2** contiene recomendaciones específicas para ayudar a los cuidadores a sobrellevar mejor su labor (63,65-68).

Consejos Generales

Debe mantenerse un autocontrol evitando psicofármacos, alcohol y otras drogas.

Es necesario estar alerta si aparece alguno de los siguientes síntomas: fatiga, enojo, aislamiento, dolores y molestias en el cuerpo o cambios cognitivos. Resulta muy importante acudir al médico para ser valorado.

El cuidador debe continuar manteniendo sociabilidad, evitando el aislamiento y realizando actividades que le resulten gratificantes. No debe descuidar su propio descanso.

Los sentimientos deben ser expresados de manera abierta a otras personas que puedan servir de apoyo al cuidador.

Se debe valorar y reconocer el esfuerzo realizado, poniendo límites ante la demanda que pueda solicitar la persona dependiente.

Se recomienda la utilización de los recursos necesarios que estén a disposición del cuidador, tanto de carácter social como profesional.

Tabla 2. Consejos para abordar la sobrecarga del cuidador. Elaboración propia (69,70).

2.1.12. Cuidados principales: alimentación e hidratación

Los hábitos alimenticios de los ancianos suelen reflejar patrones adquiridos a lo largo de su vida. Sin embargo, el envejecimiento puede conllevar una disminución de los sentidos del gusto y el olfato. Por ello, es necesario adaptar estrategias de alimentación y nutrición a las necesidades específicas de cada anciano (22).

La malnutrición está directamente relacionada con el desarrollo de ciertas enfermedades,

como por ejemplo la caquexia. Las personas mayores dependientes son especialmente vulnerables a tener una alimentación nutricionalmente inadecuada, lo que puede agravar su deterioro tanto funcional como dependiente. La pérdida de peso en los ancianos ya sea por falta de apetito o por otras causas, es alarmante, ya que puede incurrir en desnutrición, pérdida de masa muscular, riesgo de caídas y otros problemas (23).

Cuando se alimenta a un anciano por vía oral, es importante crear un ambiente adecuado explicándole el proceso y fomentando su participación. Se debe dejar tiempo entre bocados hasta la ingestión completa para evitar el riesgo de atragantamiento, especialmente en personas con demencia. Además, es importante mantener una buena higiene oral después de cada comida creando un hábito de higiene. Por otro lado, el estreñimiento puede suponer un problema que a menudo requiere el uso de laxantes, con los posibles efectos adversos que conllevan. En contraposición, un aumento de la frecuencia o un cambio en la consistencia puede incurrir en diarrea, lo que aumenta el riesgo de deshidratación. En la **Tabla 3** se muestran algunos consejos relacionados con la alimentación (69,70).

Consejos Generales:

- Se recomienda 4 o 5 comidas diarias, espaciándolas suficiente con horarios fijos.
- Se sugiere que el aspecto sea atractivo y de fácil masticación, con gran aporte de fibra.
- Se aconseja que el cocinado sea bajo en sal evitando los fritos, empanados y rebozados.
- Se insta a animar al anciano a que la ingesta de líquidos sea en torno a 2,5 litros.
- Se debe restringir el chocolate, arroz y fruta astringente para facilitar las deposiciones.
- Se propone que el ejercicio moderado o leve sea diario, como por ejemplo paseos.

Tabla 3. Consejos de alimentación para el paciente anciano. Elaboración propia (69,70).

En el caso de que la persona a cargo sufra de disfagia, es necesario seguir una dieta específica adaptada a las necesidades del anciano (11-13) (70,71) En la **Tabla 4** se amplía la información con técnicas para una correcta alimentación.

Consejos técnicos para la alimentación:

- Se sugiere situarse a la misma altura que el familiar o por debajo de sus ojos para evitar que tenga que levantar la cabeza.
- Se recomienda que la posición de la barbilla del anciano debe inclinarse lo máximo posible sobre el pecho para facilitar la deglución.
- Al darle la cuchara, es recomendable colocarla en medio de la lengua, ejerciendo una ligera

presión hacia abajo para ayudar en el proceso de alimentación.

Se ruega comprobar que se ha ingerido la ración anterior antes de dar la siguiente toma.

Es importante dar tiempo para que el anciano pueda masticar y degustar el alimento.

Se recomienda alternar entre la comida y bebida y así asegurar una ingesta adecuada.

Al retirar la cuchara de la boca del anciano, hacerlo de forma suave y lenta para evitar incomodidades o posibles lesiones bucales.

Se sugiere colocar una bandeja con los utensilios y alimentos a su alcance para tener una mayor accesibilidad.

Es fundamental asegurarse de que el familiar esté sentado en una posición cómoda y erguida durante todo el proceso para evitar posibles atragantamientos.

El uso de servilleta o de baberos es recomendado, tanto para mantener la higiene de la ropa como para valorar la cantidad de comida que no se ingiere.

Tabla 4. Consejos de técnicas para alimentar al paciente anciano. Elaboración propia (72-74).

2.1.13. Cuidados principales: vestido y arreglo personal

La higiene y el arreglo físico son factores de vital importancia en el cuidado personal de los mayores para mantener su identidad y bienestar emocional. Es necesario fomentar la autonomía en estas actividades, manteniendo una imagen digna y adecuada. Un ejemplo práctico sería la simplificación de la vestimenta y el uso de instrumentos de apoyo, así como promover la utilización de productos de belleza como son las cremas. Es recomendable que los cuidadores faciliten el acceso a la peluquería y a otros servicios de belleza para adecuar los tratamientos a las necesidades individuales de quienes reciben cuidados (71).

La higiene corporal es esencial para mantener la piel limpia, prevenir problemas como úlceras y mejorar la circulación. Antes de iniciar, se evaluará la autonomía del mayor y fomentaremos su participación. Es esencial explicar cada paso, respetar su intimidad y preferencias. Se establecerá un horario de higiene, recordando lavar cara, manos y genitales diariamente. Se ha de detectar cualquier molestia durante el proceso y proceder con cuidado. En la **Tabla 5** se muestran algunos consejos para proporcionar una higiene adecuada (69,70).

Consejos Generales:

Secar la piel con suaves toques sin arrastre, especialmente en áreas delicadas.

Prestar atención a los pliegues de la piel, especialmente en personas con sobrepeso.

Utilizar cremas hidratantes para mantener la piel sana (leche de almendras, Mepentol).

La falta de autocuidado de la piel puede ser un signo de dependencia en personas mayores.

El déficit de autocuidado de la piel se refiere al deterioro en la capacidad de una persona para realizar las actividades de higiene personal por sí misma, y puede estar relacionado con diversos factores como la pérdida de fuerza o el deterioro cognitivo.

Tabla 5. Consejos de higiene corporal para personas ancianas. Elaboración propia (69,70).

Es crucial que el cuidador promueva la participación del mayor en su higiene, adaptándola a su grado de dependencia y respetando su autonomía. Se deben considerar diferentes métodos de higiene según sus capacidades. Además, es importante involucrar al mayor en la elección y colocación de su ropa, proporcionando apoyo según sea necesario y respetando su dignidad (69,70).

Consejos técnicos para un aseo en cama:

Utilizar toallas húmedas o esponjas jabonosas para limpiar todo el cuerpo de la persona, prestando especial atención en pliegues, empezando de lo más limpio hacia lo más sucio, que son los genitales. El secado del cuerpo se realizará a toques con una toalla seca e igualmente desde la zona limpia hacia los genitales.

Colocar una sábana limpia al lado derecho de la cama y rotar a la persona hacia la derecha sobre la sábana limpia. Tiene que quedar lo más extendida posible sin pliegues ni arrugas, para evitar lesiones en la piel.

Aseo en ducha:

Es necesario reunir todos los utensilios y tenerlos muy a mano, como esponja, champú, gel.

El tiempo es apremiante para evitar grietas en la piel.

No olvidar limpiar entre los dedos de las manos y los pies

Tabla 6. Consejos para una correcta higiene en cama. Elaboración propia (69,70).

2.1.14. Cuidados principales: la incontinencia en el anciano

Dentro de los problemas de salud que afectan a la población anciana destaca por su elevada prevalencia la incontinencia, ya sea por problemas físicos o psicológicos. En algunos casos son problemas ocultos tanto para los familiares como para los propios ancianos (75).

La forma más habitual que tiene la incontinencia de presentarse es con pérdidas de orina con una necesidad inherente de miccionar acompañadas de perdidas involuntarias. Están muy

relacionada con enfermedades que presenta el anciano, como la demencia (76).

Existen múltiples medidas para abordar el problema, desde técnicas de modificación de conducta hasta medicación, pasando por absorbentes diurnos y nocturnos. Para ofrecer la mejor opción es esencial una valoración del anciano por un equipo interdisciplinar (77). En la **Tabla 7** se recogen recomendaciones para reducir los inconvenientes de la incontinencia y en la **Tabla 8** se muestran los consejos específicos del recambio de pañal.

Consejos Generales:

- Utilizar ropa amplia para poder ser retirada con facilidad.
- Usar ropa interior ajustable (redecilla) para observar los cambios de color en el absorbente.
- Se sugiere no proporcionar ingestas abundantes antes de acostar.
- Se recomienda seguir un patrón con horarios establecidos de visita al inodoro.
- Se ruega no dejar muchas horas el absorbente sin revisar.
- En la cama se deben aplicar medidas de contención como por ejemplo empapadores.

Tabla 7. Consejos para abordar problemas de incontinencia. Elaboración propia (69,70).

Consejos específicos:

- Reunir todos los materiales necesarios, como un pañal limpio, una bolsa de basura, toallitas húmedas y crema protectora.
- Colocar al anciano boca arriba para comenzar el cambio de pañal.
- Usar agua y jabón suave o toallitas húmedas para la limpieza desde la zona genital, pasando el exceso al fondo del pañal, asegurándose de limpiar desde adelante hacia atrás en el caso de las mujeres.
- Asegurarse de que la piel esté completamente seca antes de colocar un pañal limpio para prevenir irritaciones.
- La aplicación de cremas evita la aparición de irritaciones en la piel y promueve la salud cutánea. No se deben aplicar en demasiado para que no maceren.
- Asegurarse de que el pañal limpio quede alrededor de la persona, garantizando que esté bien ajustado girando a la misma en la propia cama.
- Desechar el pañal usado de forma higiénica y lavarse las manos después de la técnica, siendo recomendable el uso de guantes.

Tabla 8. Consejos para una correcta higiene en cama. Elaboración propia (62,72,78,79).

2.1.15. Cuidados principales: inmovilismo

Una actividad física diaria en las personas de avanzada edad resulta crucial para preservar la independencia en las actividades básicas de la vida, ya que la falta de estimulación en la movilidad puede ocasionar atrofia muscular, úlceras por presión o caídas. La atrofia muscular aumenta progresivamente con respecto a la edad, deteriorándose los músculos, principalmente los de los miembros inferiores. Como consecuencia, se produce una sarcopenia² que da lugar a una disminución de las actividades básicas (69,70).

Gran parte de las caídas dentro del hogar se producen en el cuarto de baño, siendo frecuentes las fracturas y produciendo un miedo a deambular. Para ello, es importante la adquisición de asideros y material de apoyo para reforzar la bipedestación (69,70).

Otras complicaciones pueden ser las úlceras por presión generadas que pueden aparecer por falta de movilidad. El cuidado de la piel es imprescindible en esta etapa, utilizando cremas adecuadas o aceites hidrogenados y masajeando las zonas con protuberancias óseas, dejando la piel lo más limpia, seca e hidratada posible. La **Tabla 9** recoge consejos relacionados con el inmovilismo (69,70,80).

Consejos Generales
Se recomienda la vigilancia en zonas de riesgo: occipucio, omóplato, codos, sacro, talones, oreja, costillas, trocánter, cóndilos, maléolos, rodillas, mamas y dedos.
Animar a la movilidad.
Facilitar una buena higiene postural con materiales de apoyo si fuese necesario.
Se recomiendan los masajes con cremas hidratantes en zonas de riesgo.
Se debe intentar que no quede ningún pliegue en la ropa.
Incentivar los cambios posturales cada 2 o 3 horas en pacientes encamados.
Facilitar el ejercicio diario en la medida de lo posible.
Si el anciano mantiene su independencia a la hora de la deambulación, instar a que no eche el pestillo en el lavabo.
Cambiar la bañera por un plato de ducha con asideros, quitar las alfombras y poner esquineros en las mesas para almohadillar ante posibles contusiones.

Tabla 9. Consejos para el trato de ancianos con problemas de movilidad. Elaboración propia (69,70).

² Sarcopenia: pérdida de masa muscular asociada a la pérdida de fuerza o función muscular.

2.2. Justificación

La atención hacia los pacientes ancianos ha experimentado una evolución al reconocer la importancia de atender a este nicho de población no solo en las necesidades físicas, sino también en las sociales y emocionales, promoviendo una atención individualizada en la autonomía y respetando las preferencias de cada anciano (54,66).

La enfermería geriátrica destaca la necesidad de adquirir las competencias específicas para atender y abordar las condiciones de la vida diaria de las personas ancianas en situación de dependencia. Desde la enfermería se desempeña un papel clave en el manejo de estas acciones, pero también es fundamental el apoyo que recae sobre la figura del cuidador principal. Por ello, es necesario que cuenten con la mayor información posible, con el objetivo de proporcionar unos cuidados adecuados para cubrir todas las necesidades del paciente anciano, desde aquellas relacionadas directamente con su estado de salud hasta otras de carácter psicológico o social (66,81).

El presente proyecto es una propuesta de un programa educativo como respuesta necesaria para resolver los desafíos que genera el cuidado del paciente anciano en situación de fragilidad, proporcionando una base sólida desde una perspectiva formativa y de cuidados de enfermería para la implementación de estrategias de atención directa al anciano y ayuda al cuidador principal. Dicha propuesta está dirigida a los cuidadores principales, ya que no cuentan con la formación profesional adecuada para llevar a cabo muchas de estas funciones (69,70,78,81).

3. Población y captación

3.1. Población diana

La población diana está constituida por los cuidadores principales de personas ancianas, quienes desempeñan un papel muy importante en el cuidado y bienestar de los individuos a su cargo.

La mayoría de los cuidadores principales suelen ser mujeres, representando el 89% del total. Según los datos del IMSERSO, el 43,5% de los mayores no institucionalizados son cuidados por hijas, mientras que el 21,7% por sus cónyuges. Esto sugiere que la mayoría de los cuidadores principales son parientes directos (82).

En esta actividad educativa, la población diana está constituida por los cuidadores principales de los ancianos residentes en el municipio de San Martín de la Vega. Basándonos en los datos específicos de 2021, que aparecen registrados en el gráfico de la **Figura 2**, aproximadamente la mitad de la población de esta localidad es mayor de 40 años, siendo un 15,1% mayor de 60 años.

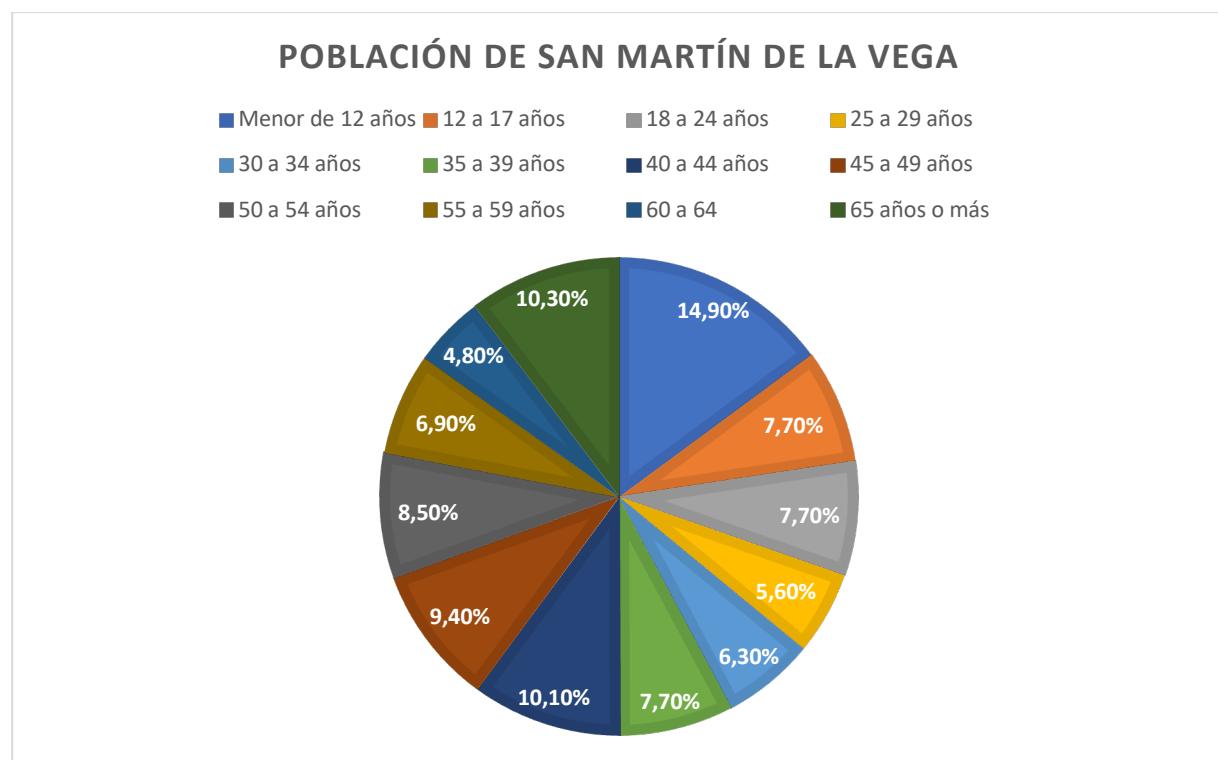


Figura 2. Gráfico de población de San Martín de la Vega por edad en 2021. Elaboración propia con información del INE (83).

3.2. Captación

Para llevar a cabo la captación de los cuidadores principales en el municipio de San Martín de la Vega se llevarán a cabo diversas estrategias de identificación y reclutamiento. En primer lugar, se establecerá una colaboración estrecha con el centro de salud del municipio, utilizando la red de recursos y los programas informáticos como el APMadrid para identificar a los posibles aspirantes a través de las consultas que hay de ancianos con cierto nivel de fragilidad.

Además, se implementarán campañas de información sobre el programa educativo en dicho municipio, mediante la distribución de folletos informativos en el centro de salud y carteles en lugares públicos (**Anexo 2**). Otro método de captación sería a través de agentes de salud, que serían personas del municipio con una amplia red social (84).

Para garantizar una amplia participación, se establecerá un periodo de una semana para recabar aspirantes interesados en formar parte del programa a través de un formulario (**Anexo 3**) que se podrá entregar en la admisión del propio centro de salud. Durante ese tiempo, se realizarán sesiones informativas y de sensibilización en el centro de salud, donde se explicarán los objetivos del programa y se responderán las posibles preguntas de los participantes potenciales.

Una vez recopilados los aspirantes, se procederá a seleccionar un grupo homogéneo de unos 15 participantes, centrándose en aquellos cuidadores principales que tienen a su cargo ancianos en situación de fragilidad. Esta selección se realizará teniendo en cuenta parámetros como la edad del anciano, el nivel de dependencia, la disponibilidad de tiempo del cuidador y otras características relevantes para garantizar la eficacia del grupo seleccionado. De este modo, tendrán preferencia quienes cuiden de personas con más riesgo de fragilidad, quienes tengan menos experiencia en esta labor o quienes tengan dificultades en su rol de cuidadores, como por ejemplo situaciones económicas desfavorables o dificultades de acceso a otros recursos de apoyo.

La diversidad de experiencias en cuanto al cuidado de ancianos será crucial para enriquecer las sesiones, promoviendo un ambiente solidario donde cada uno pueda sentirse comprendido y respaldado.

4. Objetivos

4.1. Objetivos generales

4.1.1. Objetivo educativo

En cuanto a la educación, el objetivo es facilitar el aprendizaje y la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes por parte de los cuidadores principales, con el fin de capacitarlos para proporcionar un cuidado óptimo y adaptado a las necesidades de anciano a su cargo, así como promover y gestionar lo mejor posible el deterioro cognitivo.

4.1.2. Objetivo de salud

El objetivo en este apartado será promover la salud integral tanto del cuidador principal como del anciano frágil, abordando de forma holística los aspectos físicos, psicológicos y sociales, con el objetivo de mejorar su bienestar y calidad de vida en el contexto del deterioro cognitivo.

4.2. Objetivos específicos

4.2.1. Objetivos de conocimiento

- Familiarizar a los cuidadores principales con los conceptos clave relacionados con el deterioro cognitivo en el anciano frágil.
- Educar a los cuidadores sobre las estrategias de prevención del deterioro cognitivo, incluyendo hábitos de vida saludables, actividades cognitivamente estimulantes y manejo de factores de riesgo.
- Proporcionar información sobre los recursos disponibles para el cuidado y apoyo del anciano con deterioro cognitivo, incluyendo el propio taller en el centro de salud, así como centros de día y grupos de apoyo.

4.2.2. Objetivos de habilidades

- Capacitar a los cuidadores principales en habilidades de observación y detección

temprana de signos de deterioro cognitivo en el anciano, con la finalidad de intervenir de forma adecuada en cada situación.

- Entrenar a los cuidadores principales en técnicas de comunicación efectiva con la persona a su cargo, adaptando el lenguaje y el enfoque según las necesidades y compresión de este.
- Fomentar en los cuidadores la habilidad para gestionar el estrés asociado al cuidado y promover su bienestar, priorizando el autocuidado durante un tiempo indeterminado.

4.2.3. Objetivos en el área afectiva

- Ayudar a los cuidadores principales a comprender y manejar las emociones relacionadas con el cuidado del anciano frágil con deterioro cognitivo, fomentando la empatía y la compasión en su relación diaria.
- Promover la creación de un ambiente de confianza y seguridad emocional entre el cuidador principal y el anciano, facilitando así una relación más sólida y satisfactoria para ambas partes.
- Facilitar estrategias para que los cuidadores principales puedan establecer límites saludables en su relación con el anciano, promoviendo así un equilibrio entre el cuidado del otro y el autocuidado.

5. Contenidos

TABLA DE CONTENIDO 1: SITUACIÓN DEL CUIDADO EN EL ANCIANO DESDE LA PERSPECTIVA DE LA HOSPITALIDAD

Objetivos:
1) Presentaciones, para promover un ambiente seguro y de confianza.
2) Primer acercamiento, se llevará a cabo la acción de compartir sus vivencias y experiencias en el arte del cuidado a un ser querido.
3) Reflexión sobre la compresión de las diversas tareas y responsabilidades relacionadas con el cuidado de un familiar, teniendo en cuenta la posibilidad de cambios a corto plazo.

En sesiones 1 y 2

Tabla 10. Objetivos de las dos primeras sesiones del programa educativo (81).

TABLA DE CONTENIDO 2: EL ARTE DE CUIDAR. MANEJO DEL ANCIANO

Alimentación e hidratación	Vestido y arreglo personal	Incontinencia	Sedentarismo
Objetivos: <i>Análisis integral de la alimentación y la hidratación en el cuidado del anciano, abordando hábitos alimentarios; prevención de desnutrición.</i>	Objetivos: <i>Análisis del cuidado del vestido y la higiene del anciano, destacando la importancia de fomentar la autonomía.</i>	Objetivos: <i>Análisis sobre la inconciencia en ancianos, causas, tratamientos y consejos para el cuidado diario.</i>	Objetivos: <i>Analizar el sedentarismo en los ancianos promoviendo su movilidad para prevenir complicaciones.</i>
En sesión 3	En sesión 4	En sesión 4	En sesión 5

Tabla 11. Objetivos de la tercera, cuarta y quinta sesión del programa educativo (81).

TABLA DE CONTENIDO 3: CUIDARSE A UNO MISMO PARA PODER CUIDAR

El autocuidado	El dedícate tiempo
Objetivos: Fomentar una actitud equilibrada hacia uno mismo para proyectarla en la persona a cuidar, reconociendo su importancia.	Objetivos: Reconocer el tiempo dedicado a uno mismo y buscar formas de aumentarlo. Reorganizar el conocimiento sobre los recursos de apoyo disponibles. Reflexionar y desarrollar un plan personalizado de autocuidado.
Sesión 6	Sesión 6

Tabla 12. Objetivos de la sexta y última sesión del programa educativo (81).

En este proyecto educativo se implementarán, aplicarán y evaluarán las prácticas de cuidado, así como las medidas de autocuidado en la rutina diaria del núcleo familiar. Esto se llevará a cabo a través de un seguimiento individualizado en la consulta de enfermería del centro de salud de San Martín de la Vega, para lograr un refuerzo que perdure a lo largo del tiempo.

6. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales

Estas sesiones están dirigidas a los cuidadores principales de ancianos con grado de dependencia del municipio de San Martín de la Vega. El propósito de las mismas es dotarles de herramientas y conocimientos para enfrentar, de manera efectiva, los desafíos relacionados con el cuidado de sus seres queridos, previniendo de esta manera el deterioro cognitivo asociado.

A lo largo de este proyecto, se buscará involucrar activamente a los cuidadores principales, proporcionándoles herramientas prácticas y estrategias efectivas para mejorar la calidad de vida tanto de los familiares a su cargo como de ellos mismos.

6.1. Cronograma general

Las sesiones se impartirán durante tres días no consecutivos en dos semanas durante el mismo mes		
Lunes 13/5/24 Sesión 1^a De 17:30 a 18:05.	Miércoles 15/5/24 Sesión 2^a De 17:00 a 18:05.	Viernes 17/5/24 Sesión 3^a De 17:00 a 19:05.
Las sesiones se realizarán en la sala de usos múltiples, al lado de la biblioteca, en la primera planta del Centro de Salud de San Martín de la Vega.		
Lunes 20/5/24 Sesión 4^a De 17:00 a 17:50.	Miércoles 22/5/24 Sesión 5^a De 17:00 a 19:15.	Viernes 24/5/24 Sesión 6^a De 17:00 a 18:00.
Las sesiones se realizarán en la sala de usos múltiples, al lado de la biblioteca en la primera planta del Centro de Salud de San Martín de la Vega.		

Tabla 13. Calendario de planificación de jornadas. Elaboración propia.

6.2. Participantes

El proyecto educativo está dirigido a 15 cuidadores principales de ancianos en el territorio municipal de San Martín de la Vega. El perfil ideal para formar parte de estos talleres es el de personas con poca o ninguna experiencia cuidando personas dependientes, que necesiten mejorar sus técnicas en cuestiones como por ejemplo el aseo, el cambio de pañal o la alimentación, y que además necesite concienciarse de la importancia que tiene cuidarse a sí

mismo. Este número se ampliará en la última sesión programada hasta un máximo de 30 personas entre participantes y sus familiares, que son los verdaderos protagonistas del proyecto.

6.3. Docentes

Cada sesión-taller será dirigida por dos personas con el título de Diplomado o Graduado Universitario en Enfermería (DUE o GUE). La primera de ellas actuará como director, siendo la encargada de conducir el taller, aplicando las directrices programadas y tomando decisiones en el caso de que haya que modificar algún aspecto de las mismas. La segunda persona tendrá el papel de observador. Su trabajo será de carácter pasivo y consistirá en tomar notas sobre la labor del director para detectar puntos de mejora y poder aplicarlos en futuras nuevas ediciones de este programa educativo. También podrá anotar aquellos aspectos del propio taller que no funcionen correctamente con el fin de introducir modificaciones.

6.4. Lugar de celebración

El Centro de Salud San Martín de la Vega se ubica en un edificio que consta de dos plantas y un garaje para trabajadores. Cuenta con múltiples espacios destinados tanto a las consultas de medicina general como a otras especialidades: pediatría, fisioterapia, trabajo social, obstetricia y ginecología. Todos estos servicios cuentan con un total de doce médicos de familia, cuatro médicos pediatras, diez enfermeras y dos TCAES.

En la primera planta, junto a la biblioteca, existe una sala de usos múltiples donde habitualmente se realizan las sesiones de Educación para la Salud. Es un espacio bastante amplio que cuenta con un ordenador, un proyector, una pizarra blanca para utilizar con rotuladores, un mapa del municipio, una camilla, colchonetas y sillas. Dicha sala cuenta con todo lo necesario para poder desarrollar este programa educativo.

Para gestionar la disponibilidad de esta sala, en Administración cuentan con un cuaderno en el que es posible reservar dicho espacio con antelación, ya que otros médicos y enfermeros del centro también suelen desarrollar en él otros proyectos de Educación para la Salud programados por la Comunidad de Madrid.

6.5. Diseño de las sesiones

SITUACIÓN DEL CUIDADO EN EL ANCIANO DESDE LA PERSPECTIVA DE HOSPITALIDAD			
Objetivo	Técnica	Duración	Grupo
1ª sesión, parte A			
Acogida, y presentación de las sesiones.	De relajación. Expositiva.	35 min. De 17:30 a 18:05.	15 personas.
1ª sesión, parte B			
Acogida, evaluación informal. Identificar y analizar carencias y factores a mejorar.	Técnica del ovillo. De investigación.	35 min. De 17:30 a 18:05.	
EL ARTE DE CUIDAR: MANEJO DEL ANCIANO			
Objetivo	Técnica	Duración	
2ª sesión			
Acogida, se presentará el tema <i>Alimentación e hidratación</i> y se realizará el taller <i>Texturas y saborizantes</i> .	Expositiva a través de PowerPoint y de un discurso.	60 min. De 17:00 a 18:05.	
<i>Cuestionario de la sesión anterior.</i>			
3ª sesión			
Acogida, se presentarán los temas <i>Vestido y arreglo personal</i> e <i>Incontinencia</i> y se dará test de conocimientos adquiridos en sesión anterior.	Charla explicativa. Taller.	120 min. De 17:00 a 19:05.	
<i>Cuestionario de la sesión anterior.</i>			
4ª sesión			
Bienvenida, se presentará el tema <i>Quien mueve las piernas, mueve el corazón.</i>	Técnicas de desarrollo de habilidades.	45 min. De 17:00 a 17:50.	
<i>Cuestionario de la sesión anterior.</i>			
5ª sesión			
Acogida, se presenta el tema a tratar: <i>Si no te cuidas tú, ¿a</i>	Rejilla de análisis. Charla expositiva.	120 min. De 17:00 a 19:15.	

<i>quién pretendes cuidar?</i>	Ejercicios de relajación.	
<i>Cuestionario de la sesión anterior.</i>		
6ª sesión		
Acogida. Tema: <i>Objetivos cumplidos</i> . Fiesta de despedida.	Tormenta de ideas.	60 min. De 17:00 a 18:00.
<i>Cuestionario de la sesión anterior y post taller.</i>		

Tabla 14. Diseño de las sesiones del programa educativo. Elaboración propia.

6.6. Contenido de la 1^a sesión. Situación del cuidado en el anciano desde la perspectiva de la hospitalidad

Contenido	Método y/o técnica	Ajuste del tiempo	Recursos y materiales
Acogida	<p><i>Relajación con la dinámica del ovillo.</i></p> <p>Los miembros del taller nos colocamos en círculo y nos vamos pasando un ovillo para presentarnos y decir algo a mejorar de nuestra vida con la persona al cargo, creando así una red.</p>	15 min.	<ul style="list-style-type: none"> – Ovillo de lana – Profesional de enfermería
Presentación de las sesiones	<p>Presentación a de las sesiones y el tiempo indicado para cada una a través de la <i>técnica expositiva</i> mediante un archivo Word en ordenador.</p>	10 min.	<ul style="list-style-type: none"> – Profesional de enfermería – Orientación hacia la pizarra – Pizarra – Proyector – Programa informático en ordenador

6.7. Contenido de la 2^a sesión. El arte de cuidar. Manejo del anciano I

Contenido	Método y/o técnica	Ajuste del tiempo	Recursos y materiales
Acogida	<p>Se realizará la <i>técnica de investigación de aula</i>, mediante una pregunta.</p> <p>Se pedirá a cada miembro que se identifique y que comente la experiencia que le gustaría tratar en este programa y por qué.</p>	20 min.	<ul style="list-style-type: none"> – Desde la segunda sesión, siempre habrá dos profesionales de enfermería: un observador y un director. – Sillas en círculo
Tema: <i>Alimentación e hidratación</i>	Se dará a cada participante un folio con las recomendaciones para una alimentación adecuada junto a una hidratación recomendada y se expondrá en el aula con una <i>charla participativa</i> (Anexo 4)	15 min.	<ul style="list-style-type: none"> – Sillas en círculo – Folio con recomendaciones
Taller práctico	<p>Se dará un vaso con agua y se irá añadiendo espesante hasta alcanzar la textura adecuada.</p> <p>Se repartirán saborizantes de muestra con distintos sabores.</p>	25 min.	<ul style="list-style-type: none"> – Sillas en círculo – Vasos, espesante, saborizante en polvo
Se entregará un cuestionario (Anexo 5) para que lo rellenen y entreguen en la siguiente sesión			

6.8. Contenido de la 3^a sesión. El arte de cuidar. Manejo del anciano II

Contenido	Método y/o técnica	Ajuste del tiempo	Recursos y materiales
Acogida	<p>Se realizará la <i>técnica de investigación</i> de aula de modo verbal.</p> <p>Se presentarán los temas: <i>Vestido y arreglo personal e Incontinencia</i>.</p> <p>Se presentará el taller.</p>	10 min.	<ul style="list-style-type: none"> – Sillas en círculo
Temas: <i>Vestido y arreglo personal.</i> <i>Incontinencia</i>	<p>Se realizará el tramo de la sesión con una <i>charla expositiva</i> mediante PowerPoint donde se reflejará lo relacionado con estos temas.</p>	20 min.	<ul style="list-style-type: none"> – Pizarra – Proyector – Programa informático en ordenador
Taller práctico	<p>El taller consistirá en realizar el cambio de pañal a un muñeco en cama y el cambio de ropa del paciente/muñeco, la puesta y la retirada de empapadores y las distintas formas de aplicar cremas en zonas de riesgo.</p>	90 min.	<ul style="list-style-type: none"> – Camilla del centro de AP, muñeco de prácticas, pañales, empapadores
Se recogerá el cuestionario anterior y se entregará un nuevo cuestionario (Anexo 6) para que lo rellenen y entreguen en la siguiente sesión			

6.9. Contenido de la 4^a sesión. Quien mueve las piernas, mueve el corazón

Contenido	Método y/o técnica	Ajuste del tiempo	Recursos y materiales
Acogida	<i>Charla participativa</i> con investigación de aula con pregunta: cada miembro del taller comentará qué movilidad tiene su familiar y si dedican tiempo a pasear.	10 min.	– Sillas en círculo
Tema: <i>Quien mueve las piernas, mueve el corazón</i>	Se realizará una <i>charla explicativa</i> con los beneficios del ejercicio en las personas mayores.	10 min.	– Sillas en círculo
Taller: <i>¿Hacemos una quedada?</i>	Cada miembro del taller pondrá una cruz en el lugar de residencia del anciano a su cargo. El coordinador del grupo formará un radio de acción y propondrá una quedada para pasear por un recorrido que a todo el taller le venga bien. Así se fomentaría y se consolidaría un grupo, creando una red.	25 min.	<ul style="list-style-type: none"> – Sillas en círculo – Pizarra – Mapa grande para pegar en la pizarra – Rotuladores
Se recogerá el cuestionario anterior y se entregará un nuevo cuestionario (Anexo 7) para que lo rellenen y entreguen en la siguiente sesión			

6.10. Contenido de la 5^a sesión. Si no te cuidas tú, ¿a quién pretendes cuidar?

Contenido	Método y/o técnica	Ajuste del tiempo	Recursos y materiales
Acogida	Se realizará con la <i>técnica rejilla de análisis</i> , comentando qué experiencias relacionadas con los anteriores talleres han tenido los participantes hasta el momento con respecto a las personas que tienen a su cargo.	30 min.	– Sillas en círculo
Tema: <i>Si no te cuidas tú, ¿a quién pretendes cuidar?</i>	Se realizará una charla expositiva a través de PowerPoint y se proporcionará un test para comprobar el nivel de estrés del cuidador.	30 min.	– Sillas – Proyector más programa informático
Taller: <i>Relajación</i>	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Role-playing</i> realizando una representación de situaciones estresantes habituales en su convivencia con el familiar (Anexo 8). – <i>Técnica de relajación mindfulness</i>. 	30 min. 30 min.	<ul style="list-style-type: none"> – Pelucas, silla de ruedas, muletas para caracterización de los ponentes – Sábanas o cojines para sentarse en ellos
Se recogerá el cuestionario anterior y se entregará un nuevo cuestionario (Anexo 1) para que lo rellenen y entreguen en la siguiente sesión			

6.11. Contenido de la 6^a sesión. Objetivos cumplidos

Contenido	Método y/o técnica	Ajuste del tiempo	Recursos y materiales
Acogida	En esta ocasión la sala constará de 30 personas, al unirse los familiares de los cuidadores, en la que se presentará a los protagonistas de este proyecto.	15 min.	<ul style="list-style-type: none"> – Sillas en círculo – Pizarra y rotuladores de colores
Tema: <i>Objetivos cumplidos</i>	<i>Tormenta de ideas</i> de todas las sesiones anteriores, resaltando los puntos fuertes y débiles que se han detectado en ellas. Se hará un repaso de los temas abordados y los participantes transmitirán su propio <i>feedback</i> .	30 min.	<ul style="list-style-type: none"> – Sillas en círculo
Conclusión	Se invitará a asistir a los mayores dependientes para establecer una primera toma de contacto con familiares y cuidadores, para tejer nuevas amistades y formar un grupo de apoyo fuera del centro de salud.	15 min. Hasta fin de fiesta.	<ul style="list-style-type: none"> – Comida y bebida aportada por los miembros
Se recogerá el cuestionario anterior y se llenará uno nuevo (Anexo 9) en el momento			

7. Evaluación.

En este proyecto educativo, la evaluación desempeña un papel fundamental, ya que permite valorar tanto a los participantes como a los docentes que desarrollan el taller. El diseño de evaluación abarca tanto la estructura y el proceso del taller como sus resultados finales. Para comprobar dichos resultados se utilizarán encuestas de satisfacción, así como evaluaciones realizadas por la enfermera encargada de observar las sesiones-taller para recopilar información sobre la efectividad y el impacto del programa educativo.

7.1. Evaluación de la estructura y el proceso

En lo referente a la evaluación de la estructura y el proceso, se llevará a cabo un análisis exhaustivo de varios recursos que incluyen aspectos humanos y materiales. Entre los recursos humanos evaluados se encuentran la capacidad del ponente para impartir el taller, su habilidad de comunicación, la claridad y calidad de la información proporcionada, así como su originalidad y empatía con el grupo. También se evaluarán por parte de los participantes los materiales didácticos empleados y las instalaciones utilizadas durante las sesiones, siendo clave el análisis de la utilidad y efectividad de las diferentes sesiones y actividades.

Para llevar a cabo esta evaluación se emplearán diversas herramientas, entre las que se incluyen:

Encuesta de satisfacción. Se proporcionará a cada participante una evaluación en la que podrán valorar la organización de las sesiones-taller, la utilidad de la información adquirida, su compresión de los temas tratados, así como identificar aquellos aspectos que se podrían mejorar. También se solicitará en una de las sesiones dar la opinión sobre qué taller ha sido de mayor interés para ellos (**Anexo 9**).

El observador. Se designará un docente enfermero como observador, quien estará ubicado en un extremo de la sala para observar y evaluar cada detalle de las sesiones. Este observador proporcionará apoyo al enfermero que imparte las sesiones-taller y completará un guion como observador al final de cada sesión. Este guion permitirá evaluar diversos aspectos, incluyendo el desarrollo de las sesiones, el entorno en el que se realizó y su distribución, con el objetivo de mejorar futuros talleres (**Anexo 10**).

7.2. Evaluación de resultados

En la evaluación de resultados, se examinarán los conocimientos, actitudes y habilidades adquiridas por los participantes. Dependiendo de los objetivos establecidos, se utilizarán diferentes métodos de evaluación.

- En la sesión 2, después de trabajar el tema “Alimentación e hidratación”, la evaluación se realizará mediante una rúbrica (**Anexo 11**) donde se valorará si se ha alcanzado la textura deseada, la velocidad de la técnica, si el aplastamiento de la fruta es adecuado y si muestra interés por mejorar.
- En la sesión 3, el tema “Vestido y arreglo personal. Incontinencia” se empleará con otra rúbrica (**Anexo 12**) en la que se valorará si contesta bien al cuestionario de aprendizaje y si muestra interés por la sesión.
- En la sesión 4, titulada “Quien mueve las piernas, mueve el corazón”, la rúbrica (**Anexo 13**) estará enfocada en si presta atención a la charla, si está dispuesto a quedar para dar un paseo y en si se concreta una fecha.
- En la sesión 5, con el nombre de “Si no te cuidas tú, ¿a quién pretendes cuidar?”, se utilizará otra rúbrica (**Anexo 14**) para comprobar si el participante rellena la escala Zarit, si se deja asesorar y si consigue realizar correctamente la técnica de relajación.

Estas evaluaciones las realizará el director de manera continua en cada taller en el que participen, utilizando escalas de evaluación. Para ello, empleará la observación directa como principal método de contrastación. Con respecto a las actitudes, se tendrá en cuenta su comportamiento para evaluar la disposición y el enfoque de los participantes hacia el tema tratado.

8. Bibliografía

- (1) Fernandes Barbosa KT, Rodrigues Lopes de Oliveira FM, Melo Fernandes MdG. Vulnerability of the elderly: a conceptual analysis. Rev Bras Enferm. 2019;72:337-44.
- (2) Moreno Montero A. ¿Qué es un cuidador familiar? [Internet]. Discapnet; 2008 [actualizada 3 de diciembre de 2023; acceso 27 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.discapnet.es/mayores/el-cuidador/cuidado-del-cuidador/concepto-y-perfil>
- (3) Barbiellini Amidei C, Macciò S, Cantarutti A, Gessoni F, Bardin A, Zanier L, et al. Hospitalizations and emergency department visits trends among elderly individuals in proximity to death: a retrospective population-based study. Sci Rep. 2021;11(1):1-10.
- (4) Parra-Rizo MA, Vásquez-Gómez J, Álvarez C, Diaz-Martínez X, Troncoso C, Leiva-Ordoñez AM, et al. Predictors of the Level of Physical Activity in Physically Active Older People. Behav Sci. 2022;12(9):331.
- (5) Oliveira FMRL de, Leal NP da R, Medeiros F de AL, Oliveira J dos S, Nóbrega MML da, Leadebal ODCP, et al. Clinical validation of nursing diagnosis Fragile Elderly Syndrome. Rev Bras Enferm. 2021;74(2):20200628.
- (6) Moraes DC, Lenhardt MH, Mello BH de, Setoguchi LS, Lima P de, Setlik CM. Instabilidade Postural E a Condição De Fragilidade Física Em Idosos: Revisão Integrativa. Cienc Cuid Saúde. 2018;17(1):1-8.
- (7) Lampersberger LM, Bauer S, Osmancevic S. Prevalence of falls, incontinence, malnutrition, pain, pressure injury and restraints in home care: A narrative review. Health Soc Care Community. 2022;30(6):3656-69.
- (8) Stanciu OM, Teodorescu C, Riga S, Budișteanu M, Budișteanu B, Riga D. Cognitive fragility – predictive factor for neurocognitive disorders. Methods of evaluation and prevention of cognitive fragility in clinical practice. RomJMed Pract. 2019;14(2):140-43.
- (9) Arias Sánchez S, Saavedra Macías FJ, Avilés Carvajal I. El cuidado, una actividad de riesgo en tiempos de crisis: Una revisión de la investigación con cuidadoras españolas. Psicoperspectivas. 201;16(1):42-54.
- (10) Van Staveren WA, De Groot CP. Changes in the energy needs of the elderly: an often encountered cause of nutritional deficiencies and frailty. Ned Tijdschr Geneeskde. 1998;142(44):2400-4.
- (11) Tagliaferri S, Lauretani F, Pelá G, Meschi T, Maggio M. The risk of dysphagia is associated with malnutrition and poor functional outcomes in a large population of outpatient older individuals. Clin Nutr. 2019;38(6):2684-9.
- (12) Mohammad M. Elderly and Nutrition. Malays Fam Physician. 2022;17(1):7-8.
- (13) Wellman NS, Kamp B. Federal Food and Nutrition Assistance Programs for Older People. Generations. 2004;28(3):78-85.

- (14) Yamakawa M, Kanamori T, Fukahori H, Sakai I. Sustainable nurse-led care for people with dementia including mild cognitive impairment and their family in an ambulatory care setting: A scoping review. *Int J Nurs Pract.* 2022;28(3):1-14.
- (15) Dean A, Kolody B, Wood P. Effects of social support from various sources on depression in elderly persons. *Journal of Health Social Behavior.* 1990;31(2):148-61.
- (16) Vaz Fragoso CA, Gill TM, McAvay G, Quanjer PH, Van Ness PH, Concato J. Respiratory Impairment in Older Persons: When Less Means More. *Am J Med.* 2013;126(1):49-57.
- (17) Veeranki S, Downer B, Jupiter D, Kuo Y, Raji M, Calhoun W, et al. Chronic Respiratory Disease and Cognitive Impairment in Older Mexican Adults. *Neurol India.* 2019;67(6):1539-42.
- (18) Teo SP. Comprehensive Geriatric Assessment for Older People with Diabetes Mellitus – Considerations for Geriatricians and Diabetes Nurse Educators. *J Indian Acad Geriatr.* 2022;18(3):137-41.
- (19) Sánchez RG, Novella Arribas B, Alonso Arroyo M, Vega Quiroga S, López García I, Suárez Fernández C, et al. El proyecto Epicardian: un estudio de cohortes sobre enfermedades y factores de riesgo cardiovasculares en ancianos españoles: consideraciones metodológicas y principales hallazgos demográficos. *Rev Esp Salud Pública.* 2004;78(2):243-55.
- (20) Deepika T, Enoch Snowden Rose CR. Effectiveness of structured teaching programme on knowledge regarding early identification and home care management of Alzheimer's disease among family of elderly persons at selected hospital. *J Pharm Negat Results.* 2022;13:915-19.
- (21) Cree MW. Hip fracture-related changes in health ratings of older patients with cognitive impairment. *Aging Ment Health.* 2004; 8(6):524-29.
- (22) Ramos Cordero P. La correcta alimentación, nutrición e hidratación de la persona dependiente. En: Gil Gregorio P, López Trigo JA, Gómez Martín MP, coordinadores. *Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores.* 1^a ed. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2013. p. 225-50.
- (23) Morillas J, García-Tavalera N, Martín-Pozuelo G, Reina AB, Zafrilla P. Detección del riesgo de desnutrición en ancianos no institucionalizados. *Nutr Hosp.* 2006;21(6):650-6.
- (24) Fonteles Lucena SL, Silva Farias F, Malaquias Cordeiro L, Reis Coutinho DT, Fatima da Silva L de, Freitas MC de. Cuidado de enfermagem à idosa com síndrome da fragilidade fundamentado na teoria do conforto. *Enferm Foco.* 2020;11(5):20-6.
- (25) Oliveira FMRL de, Leal NP da R, Medeiros F de AL, Oliveira JDS, Nóbrega MML da, Leadebal ODCP, et al. Clinical validation of nursing diagnosis Fragile Elderly Syndrome. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(2):20200628.
- (26) Song Y, Lin Z, Ding M, Yuan P, Li Q, Zhai H, et al. Study on Influencing Factors of Frailty in Elderly Patients with Type II Diabetes. *J Healthc Eng.* 2022;(2):1-6.
- (27) Vasudevan J, Chellamuthu L, Ramanathan M. Effectiveness of a multimodal intervention in promoting physical activity among sedentary elderly population in socially and economically

constrained settings - A quasi-experimental study. J Family Med Prim Care. 2023;12(9):1991-6.

(28) Hughes MM, Praphasiri P, Dawood FS, Sornwong K, Ditsungnoen D, Mott JA, et al. Effect of acute respiratory illness on short-term frailty status of older adults in Nakhon Phanom, Thailand—June 2015 to June 2016: A prospective matched cohort study. Influenza Other Respir Viruses. 2019; 13(4):391-7.

(29) Ine.com. Proporción de personas mayores de cierta edad por comunidad autónoma [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2023 [acceso 16 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1451>

(30) Ine.com. Proporción de personas mayores de cierta edad por provincia [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2023 [acceso 13 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1488#!tabs-grafico>

(31) Expansión.com. España - Pirámide de población [Internet]. Madrid: Expansión; 2022 [acceso 7 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/estructura-poblacion/espana>

(32) Comunidad.madrid. Dependencia [Internet]. Madrid: Comunidad de Madrid – Servicios Sociales [acceso 7 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/servicios-sociales/dependencia>

(33) Imserso.es. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) [Internet]. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2022 [acceso 7 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://imserso.es/autonomia-personal-dependencia/sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad/el-saad/el-sistema-autonomia-atencion-dependencia-saad>

(34) Canga A, Vivar CG, Naval C. Dependencia y familia cuidadora: reflexiones para un abordaje familiar. An Sist Sanit Navar. 2011;34(3):463-9.

(35) Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Ley 39/2006 de 14 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 299, (15-12-2006).

(36) Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley 16/2003 de 28 de mayo. Boletín Oficial del Estado, nº 128, (29-05-2003).

(37) Criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Real Decreto 727/2007 de 8 de junio. Boletín Oficial del Estado, nº 138, (09-06-2007).

(38) Comunidad.madrid. Guía práctica sobre dependencia [Internet]. Madrid: Comunidad de Madrid – Servicios Sociales; 2016 [acceso 25 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/servicios-sociales/guia-practica-dependencia>

(39) Laguado Jaimes E, Camargo Hernández KdC, Campo Torregroza E, Martín Carbonell MdIC, Laguado Jaimes E, Camargo Hernández KdC, et al. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. Gerokomos. 201; 28(3):135-41.

- (40) González-Juanatey C, Anguita-Sánchez M, Barrios V, Núñez-Gil I, Gómez-Doblas JJ, García-Moll X, et al. Impact of Advanced Age on the Incidence of Major Adverse Cardiovascular Events in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus and Stable Coronary Artery Disease in a Real-World Setting in Spain. *J Clin Med.* 2023;12(16):5218.
- (41) Egede LE, Davidson TM, Knapp RG, Walker RJ, Williams JS, Dismuke CE, et al. HOME DM-BAT: home-based diabetes-modified behavioral activation treatment for low-income seniors with type 2 diabetes-study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2021;22(1):787.
- (42) Taylor C, Pownall S. Dysphagia in the community: tips and recommendations. *J Community Nurs.* 2019;33(2):45-9.
- (43) Carreiro-Martins P, Gomes-Belo J, Papoila AL, Caires I, Palmeiro T, Gaspar-Marques J, et al. Chronic respiratory diseases and quality of life in elderly nursing home residents. *Chronic Respiratory Disease.* 2016;13(3):211-9.
- (44) Avila MAGd, Pereira GJC, Bocchi SCM. Informal caregivers of older people recovering from surgery for hip fractures caused by a fall: fall prevention. *Cien Saude Colet.* 2015;20(6):1901-7.
- (45) Wu L, Chou M, Liang C, Lin Y, Ku Y, Wang R. Association of home care needs and functional recovery among community-dwelling elderly hip fracture patients. *Arch Gerontol Geriatr.* 2013;57(3):383-8.
- (46) Thomas C, Kelman HR, Kennedy GJ, Ahn C, Yang CY. Depressive symptoms and mortality in elderly persons. *J Gerontol.* 1992;47(2):80-7.
- (47) Léger JM, Tessier JF. Depression: the major therapeutic indication for day hospitals for elderly persons. The experience of Limoges. *Rev Med Suisse Romande.* 1997; 117(11):845-8.
- (48) Pietrzak B, Kujawa J, Lipert A. Depressive Disorders, Cognitive and Physical Function of Older People in Early Dementia Detection. *Life.* 2023;13(10):2010.
- (49) Girardi Paskulin LM, Kottwitz Bierhals CCB, dos Santos NO, Baltar Day C, de Oliveira Machado D, de Morais EP, et al. Depressive symptoms of the elderly people and caregiver's burden in home care. *Invest Educac Enferm.* 2017;35(2):210-20.
- (50) Wolff JL, Agree EM. Depression among recipients of informal care: the effects of reciprocity, respect, and adequacy of support. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2004;59(3):173-80.
- (51) Terassi M, Serafim Rossetti E, Moretti Luchesi B, Gramani-Say K, Hortense P, Iost Pavarini SC. Factors associated with depressive symptoms in elderly caregivers with chronic pain. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(1):1-7.
- (52) Kuerten Rocha P, Lenise do Prado M. Modelo de Cuidado: ¿Qué es y como elaborarlo? *Index de Enfermería.* 2008;17(2):128-32.
- (53) Alba Martín R. El Concepto de cuidado a lo largo de la Historia. *Cultura de los Cuidados.* 2015;41(19):101-5.

- (54) García López MV, Rodríguez Ponce C, Toronjo Gómez AM. Enfermería del anciano. 2^a ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2008.
- (55) Rogero-García J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. Rev Esp Salud Pública. 2009;83(3):393-405.
- (56) Lien YF, Huang HM. Challenges in intergenerational caregiving for frail older people: A multiple case study. Nurs Health Sci. 2017;19(1):81-7.
- (57) Negotiating care of frail elders: relationships between community nurses and family caregivers. Can J Nurs Res. 2001;33(2):63-81.
- (58) Lopez-Hartmann M, Wens J, Verhoeven V, Remmen R. The effect of caregiver support interventions for informal caregivers of community-dwelling frail elderly: a systematic review. Int J Integr Care. 2012;12:1-16.
- (59) Hartmann ML, Mello JDA, Anthierens S, Declercq A, Durme TV, Cès S, et al. Caring for a frail older person: the association between informal caregiver burden and being unsatisfied with support from family and friends. Age Ageing. 2019;48(5):658-64.
- (60) Segg.es. El 89% de los cuidadores en España son mujeres y en el 47% de los casos, el cuidador principal es un familiar [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2016 [acceso 28 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.segg.es/institucional/2016/11/03/el-89-por-ciento-de-los-cuidadores-en-espana-son-mujeres-y-en-el-47-por-ciento-de-los-casos-el-cuidador-principal-es-un-familiar>
- (61) Mendoza Sánchez RM, Hernández García EL, Medina Pérez M, Company Sancho MC, Gómez Perera ML, Estrada Suárez Pérez L, et al. Perfil del cuidador principal en el área de salud de Gran Canaria. Ene. 2014;8(2).
- (62) Entremayores.es. Los cuidadores informales, la base de la atención en dependencia. [Internet]. Vigo: Entre Mayores; 2022 [acceso 28 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.entremayores.es/spa/a_fondo.asp?var2=Reportajes&var3=Los%20cuidadores%20informales,%20la%20base%20de%20la%20atenci%20n%20en%20dependencia&nar1=8&nar2=52&nar3=51778&nar5=2
- (63) Bello Carrasco LM, León Zambrano GA, Covena Bravo MI. Factores que predominan sobrecarga en el cuidador formal e informal geriátrico con déficit de autocuidado. Rev Univ Soc. 201;11(5):385-95.
- (64) Halinski M, Duxbury L, Stevenson M. Employed Caregivers' Response to Family-Role Overload: the Role of Control-at-Home and Caregiver Type. J Bus Psychol. 2020;35(1):99-115.
- (65) Fauth EB, Femia EE, Zarit SH. Resistiveness to care during assistance with activities of daily living in non-institutionalized persons with dementia: associations with informal caregivers' stress and well-being. Aging Ment Health. 2016;20(9):888-98.
- (66) Tinoco-Camarena JM, Hidalgo-Blanco MÁ, Daifuku-Sansano N, Lluch MT, Raigal-Aran L, Puig-Llobet M, et al. Intervenciones enfermeras para disminuir la sobrecarga de cuidadores informales. Revisión sistemática de ensayos clínicos. Enferm Glob. 2022;21(68):562-86.

- (67) Tinoco Camarena JM, Vaquero Cruzado J, Puig Llobet M, Hidalgo MA, Lluch Canut MT, Moreno Arroyo MC. Intervención enfermera “círculos de diálogo” para la disminución del nivel de sobrecarga de cuidadores de pacientes crónico complejos y con enfermedad crónica avanzada. *Nure Inv.* 2021;18(111):1-19.
- (68) Flores G E, Rivas R E, Seguel P F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Cienc Enferm.* 2012;18(1):29-41.
- (69) García A, Gil P, Lopez R, López JA, Ramos P, Román M et al. Manual de Buena Práctica en Cuidados a las Personas Mayores. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2013.
- (70) García MA, Campos JR, Fernández AM, Matilla R, Merino M, Molinero S et al. Manual de Habilidades para Cuidadores Familiares de Personas Mayores. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2013.
- (71) Lorenzo E. Higiene de personas dependientes: vestido, calzado y arreglo personal [Internet]. Bilbao: Geriatricarea; 2015 [acceso 12 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.geriatricarea.com/2015/05/06/higiene-de-personas-dependientes-vestido-calzado-y-el-arreglo-personal/>
- (72) Programa Salud del Adulto Mayor y Senama. Manual del cuidado de personas mayores dependientes y con pérdida de autonomía [Internet]. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2009 [acceso 12 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c2c4348a0dbd9a8be040010165012f3a.pdf>
- (73) García L. Consejos para alimentar a persona mayor dependiente [Internet]. Valencia: Cuidum; 2020 [acceso 17 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.cuidum.com/blog/consejos-para-alimentar-a-persona-mayor-dependiente/>
- (74) Ifbscalidad.eus. Recomendaciones de buena práctica en personas mayores: alimentación [Internet]. Vitoria: Instituto Foral de Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava; 2023 [acceso 17 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.ifbscalidad.eus/es/practicas/personas-mayores/alimentacion/ma-2-33/extendida/>
- (75) Shimanouchi S, Kamei T, Hayashi M. Home Care for the Frail Elderly Based on Urinary Incontinence Level. *Public Health Nurs.* 2000;17(6):468-73.
- (76) Gammack JK. Urinary incontinence in the frail elder. *Clin Geriatr Med.* 2004;20(3):453.
- (77) Martín Tuda C, Carnero Fernández MP, Martín Tuda C, Carnero Fernández MP. Prevalencia y factores asociados a incontinencia urinaria en el área de salud este de Valladolid. *Enferm Glob.* 2020;19(57):390-412.
- (78) Gúrpide Ibarrola S, Serra Ribas P. El anciano en su casa. Guía de cuidados para familiares, auxiliares a domicilio, voluntariado y ancianos solos. 7^a ed. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 2004.
- (79) García López MV, Rojas Ocaña MJ. Enfermería del anciano. 3^a ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2017.

(80) Han C, Yang F, Liu L. Effectiveness of Continuous Care Interventions in Elderly Patients with High-Risk Pressure Ulcers and Impact on Patients' Activities of Daily Living. *Altern Ther Health Med.* 2024;30(3):118-23.

(81) Pérez Jarauta MJ, Echauri Ozcoidi M, Ancizu Irure E, Chocarro San Martín J. Manual de Educación para la Salud. 1^a ed. Pamplona: Gobierno de Navarra; 2006.

(82) Covas S, Maravall J, Bonino L. Los hombres y el cuidado de la salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009 [acceso 3 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/hombresycuidado09.pdf>

(83) Moreno D. Población de San Martín de la Vega, Comunidad de Madrid, en 2021. [Internet]. Madrid: Telencuestas; 2021 [acceso 3 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://telencuestas.com/censos-de-poblacion/espana/2021/comunidad-de-madrid/madrid/san-martin-de-la-vega>

(84) Hernán García M, Cardo Miota A, Barranco Tirado JF, Belda Grindley C, Páez Muñoz E, Rodríguez Gómez S et al. Salud comunitaria basada en activos [Internet]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2018 [acceso 3 de marzo de 2024]. Disponible en: https://www.easp.es/wp-content/uploads/dlm_uploads/2019/01/EASP_Guia_breve_SaludComActivos-FUM-05-12-18.pdf

9. Anexos

Anexo 1. Escala Zarit

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que, debido al tiempo que dedica a su familiar, ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar a amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar, teniendo en cuenta sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	

17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general, ¿se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

Tabla 15. Escala Zarit para medir la sobrecarga del cuidador.

Anexo 2. Cartel de captación



Anexo 3. Formulario de inscripción en el taller

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Datos del cuidador:

Nombre	Apellido		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Dirección	Teléfono		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Email	Ocupación		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Edad	Fecha de nacimiento	Género	Estado civil
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Datos de la persona cuidada:

Nombre	Apellido	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dirección	Edad	Estado civil
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Por qué crees que este curso podría ayudarte?

Anexo 4. Consejos e información sobre la alimentación

¡CUIDA LA ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN

CONSEJOS

1



- realiza un menú semanal con comidas atractivas en color, sabor y textura
- las comidas se deben realizar en un entorno cómodo.
- inténtate realizar 5 comidas diarias en los mismos horarios para crear una rutina
- incluye variedad en tus platos

2



ADAPTA LA DIETA A LAS NECESIDADES

- incluye frutas, tanto naturales como pasadas.
- las verduras ya sean en puré como enteras tienen que estar diariamente en la mesa
- la comida no tiene que estar ni muy fría ni muy caliente
- las carnes y pescados si son a la plancha o cocidos son mejores que fritas o rebozadas

VERIFICA Y CONSULTA



- adapta la dieta a sus necesidades
- consulta a un profesional para ajustar la dieta según las necesidades específicas de tu familiar, así se considerarán también los suplementos alimenticios

CONTROLAR

4



RECUERDA

5

- el aporte de fibra es fundamental para que la defecación sea adecuada
- las ayudas técnicas como evacuadores las tienen que pautar el médico siendo normal que defogue 3 veces como mínimo a la semana

Anexo 5. Cuestionario de aprendizaje sobre alimentación

CUESTIONARIO DE APRENDIZAJE

Por favor, rellene detenidamente el cuestionario

INFORMACIÓN

Nombre

Edad

Pregunta 1. ¿Qué no puede faltar en la dieta del anciano?

Pregunta 2. ¿Que tipos de textura existen?

Pregunta 3. Diseña un menú semanal

Pregunta 4. ¿Cuánto ha de beber un anciano?
¿Por qué es importante la hidratación?

Anexo 6. Cuestionario de aprendizaje sobre vestimenta

CUESTIONARIO DE APRENDIZAJE

TALLER: *Vestido y arreglo personal. Incontinencia*

INFORMACIÓN

NOMBRE

EDAD

FECHA

PREGUNTA 1: ¿Qué tipo de ropa debe utilizar el anciano?

PREGUNTA 2. ¿Cómo cambiaría un pañal?

PREGUNTA 3. ¿Cómo haría un recambio de ropa de cama?

PREGUNTA 4. ¿Cómo haría el aseo encamado?

Anexo 7. Encuesta de conocimientos sobre el ejercicio físico



MUÉVETE

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Nombre

Fecha

Teléfono de contacto

Email

Dirección

PREGUNTAS

¿Por qué crees que es bueno el ejercicio en los ancianos?

A nivel psicológico, ¿crees que es recomendable dar paseos?

¿Darías más paseos si tuvieras un grupo para hacerlo? ¿Por qué?

RUTINA MAÑANERA

.....
.....
.....
.....

Y ANTES DE DORMIR

.....
.....
.....
.....

Anexo 8. Directrices para el desarrollo del role-playing

- Uno de los participantes saldrá al centro, de manera voluntaria, para interpretar el papel del cuidador principal.
- El resto de participantes recibirán una tarjeta donde estará escrito el rol a desempeñar.
- Los roles que aparecerán en las tarjetas serán los siguientes:
 - “Insulto y le falto el respeto al cuidador”
 - “Me he caído de la cama”
 - “No quiero comer”
 - “No quiero salir a pasear”
 - “Me rompo el pañal apostá”
 - “Lloro sin motivos”
 - “Escupo la comida”
 - “Quiero estar todo el día durmiendo”
 - “Me niego a tomar la medicación”
 - “No quiero que el cuidador me asee”
 - “Solicito atención constantemente”
 - “Me autolesiono”
 - “Digo constantemente que quiero morirme”
 - “Me quejo de la ropa que llevo”
- Durante un minuto aproximadamente, cada participante interpretará a la persona cuidada, comportándose según lo indicado en su tarjeta. Habrá disponible material de caracterización como muletas, sillas de ruedas o pelucas.
- El cuidador deberá abordar los conflictos aplicando lo aprendido en anteriores sesiones, sin perder la calma y reconduciendo la situación.
- Finalmente, le daremos un aplauso al voluntario y reflexionaremos sobre las dificultades encontradas y posibles alternativas a las que podríamos haber recurrido.

Anexo 9. Encuesta de satisfacción



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

CURSO TALLER PARA CUIDADORES PRINCIPALES DE PERSONAS ANCIANAS



¿Cuántos sois en el nucleo familiar?

¿Te ha resultado útil este curso taller? (1: No mucho - 5: Muchísimo)

- 1 2 3 4 5

¿Crees que podrás llevar a cabo las estrategias adquiridas? (1: No - 5: Todas)

- 1 2 3 4 5

¿Le recomendarías a alguien en tu situación este taller?

- Sí No

¿Qué sesión te ha gustado más?

- Q1 Q 2 Q 3 Q 4 Q 5 Q 6 Q 7

¿Qué aspectos crees que se pudiesen mejorar?

1. The following table summarizes the results of the study. The first column lists the variables, the second column lists the descriptive statistics, and the third column lists the regression coefficients.

¿Cómo valoras la calidad del ponente? (Del 1 al 10)

- 1 2 3 4 5

6 7 8 9 10



¡Muchas GRACIAS!



Anexo 10. Encuesta de evaluación del programa educativo

ENCUESTA DE EVALUACIÓN

INFORMACIÓN DEL EVALUADOR

NOMBRE:

FECHA

DIA / MES / AÑO

INSTRUCCIONES

Con el fin de continuar mejorando las actividades de formación continuada que se realizan en el centro, nos interesa conocer la opinión y las sugerencias que tenga sobre las mismas.

PREGUNTAS

CALIFICACIÓN

Muy insuficiente Insuficiente Aceptable Satisfactorio Muy satisfactorio

INTERÉS DE LA ACTIVIDAD:
Interés y oportunidad de la actividad con los conocimientos aportados, aplicación práctica y utilidad



CONTENIDOS TRATADOS:
Interés del tema elegido y profundidad de los contenidos



PONENTE:
Exposición clara, facilidad de los contenidos y disposición a resolver dudas



ORGANIZACIÓN:
Horario y calendario



ORGANIZACIÓN:
Duración



IMPRESIÓN GENERAL
Influencia positiva en el ámbito diario



AÑADA SUGERENCIAS Y OBSERVACIONES QUE LE PAREZCAN DE UTILIDAD PARA MEJORAR LA ACCIÓN FORMATIVA

¿QUÉ TEMAS LE GUSTARÍA QUE SE TRATARAN EN PRÓXIMAS ACCIONES FORMATIVAS?

¿LE GUSTARÍA QUE SE REALIZARAN OTRO TIPO DE ACCIONES FORMATIVAS?
EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁLES?

¿CÓMO CREE QUE ESTE TALLER HA AFECTADO A SU CAPACIDAD DE AFRONTAR EL DÍA A DÍA CON LA PERSONA A LA QUE CUIDA?

Anexo 11. Evaluación del taller de alimentación

ÍTEM	3	2	1
¿CÓMO QUEDA EL RESULTADO DE LA MEZCLA?	TEXTURA MUY ADECUADA	TEXTURA GRUMOSA	TEXTURA DEMASIADO LIQUIDA
VELOCIDAD DE LA TÉCNICA	RÁPIDA	REGULAR	LENTA
MUESTRA INTERES POR MEJORAR	SI	SE DISTRAE CON FACILIDAD	NO
APLASTA CORRECTAMENTE LA PIEZA DE FRUTA	ADECUADO	NO QUEDA TOTALMENTE CORRECTO	NO ADECUADO

Anexo 12. Evaluación del taller de vestimenta e incontinencia

EVALUACIÓN DE VESTIDO Y ARREGLO PERSONAL E INCONTINENCIA

ÍTEM	3	2	1
CONTESTA BIEN AL CUESTIONARIO DE APRENDIZAJE	SI A TODAS LAS PREGUNTAS	SI PERO SE QUEDA ALGO INCOMPLETA O NO CONTESTA	NO REALIZADO O MUY POBRE
MUESTRA INTERES EN LA SESIÓN	SI	REGULAR	NO

Anexo 13. Evaluación del taller de ejercicio físico

RÚBRICA DE EJERCICIO

ÍTEM	3	2	1
PRESTA ATENCIÓN A LA CHARLA	SI	SE DISTRAE CON FACILIDAD	NO
ESTÁ PREDISPUESTO A LA QUEDADA?	SI	PONE IMPEDIMENTOS	NO
PONEN FECHA	SI	NO SE CONCRETA	NO

Anexo 14. Evaluación del taller de cuidados propios

RÚBRICA DE AUTOCUIDADO

ÍTEM	3	2	1
RELLENA LA ESCALA ZARIT	SI	NO LA REALIZA COMPLETA	NO
TIENE TENDENCIA A DEJARSE ASESORAR Y	SI	PONE IMPEDIMENTOS	NO
CONSIGUE UNA BUENA RELAJACIÓN	SI	NO SE CONCRETA	NO