



**ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA**



## **Trabajo Fin de Grado**

**Título:**

***El otro lado del cuidado: educar para  
sostener a quien sostiene.***

Alumna: Raquel Ruiz Díez

Directora: Yolanda Ortega Latorre

**Madrid, Mayo de 2025**

# Índice

<b>Resumen</b> .....	<b>4</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>5</b>
<b>Presentación</b> .....	<b>6</b>
<b>Estado de la cuestión</b> .....	<b>7</b>
<b>1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema</b> .....	<b>7</b>
<b>1.1 Cuidados paliativos</b> .....	<b>7</b>
1.1.1 Definición.....	7
1.1.2 Historia .....	8
1.1.3 Principios y objetivos.....	9
1.1.4 Epidemiología de los cuidados paliativos .....	11
1.1.5 Servicios sanitarios de Cuidados Paliativos en la Comunidad de Madrid	12
<b>1.2 Cuidadores Informales</b> .....	<b>14</b>
1.2.1 Funciones de los cuidadores informales .....	15
1.2.2 Dicotomía cuidador-paciente.....	15
1.2.3 Cansancio del cuidador. Repercusiones físicas y psicosociales .....	16
1.2.4 Servicios a cuidadores informales.....	17
<b>1.3 Consecuencias del cuidado</b> .....	<b>18</b>
1.3.1 Duelo .....	18
1.3.2 Depresión, ansiedad y deterioro cognitivo .....	19
<b>1.4 Papel de la enfermería</b> .....	<b>20</b>
1.4.1 Necesidades de las familias .....	20
1.4.2 Dificultades de los profesionales.....	20
1.4.3 Intervenciones e influencia .....	21
<b>2. Justificación</b> .....	<b>22</b>
<b>3. Población y captación</b> .....	<b>23</b>
<b>3.1 Población diana</b> .....	<b>23</b>

3.2 Captación.....	23
4. Objetivos .....	24
4.1 Objetivos generales .....	24
4.2 Objetivos específicos .....	24
5. Contenidos.....	25
6. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales .....	26
6.1 Planificación general .....	26
6.2 Cronograma general .....	26
6.3 Número de participantes .....	26
6.4 Docentes .....	27
6.5 Sesiones .....	27
7. Evaluación .....	32
7.1 Evaluación de la estructura y del proceso educativo.....	32
7.2 Evaluación de resultados educativos .....	33
7.2.1 Evaluación a corto plazo .....	33
7.2.2 Evaluación a medio y/o largo plazo.....	33
Bibliografía .....	34
Anexos .....	37
Anexo 1. Tríptico captación. ....	38
Anexo 2. Formulario inscripción a talleres.....	39
Anexo 3. Cuestionario comienzo sesión 1. ....	40
Anexo 4. Escala “Pepi” .....	41
Anexo 5. Carteles “Verdadero-Falso” .....	42
Anexo 6. Manual básico del cuidador. ....	43
Anexo 7. Folleto Chester: Instituciones y grupos que os ayudan. ....	44
Anexo 8. Espacio reservado para toma de notas y preguntas.....	45
Anexo 9. Encuesta satisfacción. ....	46
Anexo 10. Guion del espectador. ....	48
Anexo 11. Check-list: Atención a cuidadores informales. ....	50

## Resumen

Introducción: El incremento en la esperanza de vida ha generado un aumento en la cantidad de personas que requieren cuidados paliativos y por lo tanto un crecimiento de cuidadores informales. Incluir a familias en programas y dispositivos adaptados a sus necesidades es esencial para no colaborar en el desarrollo de comorbilidades.

Objetivo general: Ofrecer a los cuidadores informales principales conocimientos, recursos y habilidades que les ayuden para cuidarse a sí mismos mediante la identificación precoz de sus necesidades.

Metodología: Desarrollo de un proyecto educativo para cuidadores informales en Centros de Atención Primaria.

Implicaciones para la práctica de la enfermería: Lograr un descenso en las tasas de depresión, ansiedad y desarrollo de comorbilidades que perjudiquen el estado de salud de los cuidadores informales.

Palabras clave: Cuidados paliativos, Cuidador informal, Cansancio del Cuidador, Atención Primaria y Enfermería.

## **Abstract**

Introduction: The increase in life expectancy has led to a rise in the number of people who require palliative care and, therefore, a growth in informal caregivers. Including families in programs and services tailored to their needs is essential to avoid contributing to the development of comorbidities.

General Objective: To provide primary informal caregivers with knowledge, resources, and skills that help them take care of themselves by early identification of their needs.

Methodology: Development of an educational project for informal caregivers in Primary Care Centers.

Implications for nursing practice: Achieve a reduction in rates of depression, anxiety, and the development of comorbidities that harm the health of informal caregivers.

Keywords: Palliative care, Caregiver, Caregiver Burden, Primary care, and Nursing.

## Presentación

A lo largo de mi vida, he sido testigo cercana del profundo impacto que el rol de cuidador puede tener en la salud de las personas. Experiencias personales me permitieron observar cómo familiares, tras años de dedicación al cuidado de un ser querido, comenzaron a sufrir un notable deterioro cognitivo una vez que este fallecía. Fue entonces cuando nació en mí una profunda inquietud: comprender la causa de este fenómeno y buscar formas de prevenir que quienes cuidan terminen convirtiéndose, a su vez, en pacientes.

Años más tarde, encontré en la enfermería el camino para dar respuestas a esas preguntas. A medida que avanzaba en mi formación, descubrí no solo el estrecho vínculo entre la salud mental y la salud física, sino también el poder transformador de los proyectos de educación para la salud, gracias a estos, hoy estoy convencida de que es posible intervenir, acompañar y revertir situaciones que antes parecían inevitables.

Este proyecto nace desde el amor y el agradecimiento hacia dos mujeres que marcaron profundamente mi vida: mi madre y mi abuela Pepita. Ambas fueron pilares de fortaleza, constancia y entrega incondicional. En especial, este trabajo está dedicado a mi Pepita, quién durante seis años cuidó día y noche, sin descanso, de su marido. Solo un mes después de su fallecimiento, comenzó a mostrar signos de un deterioro cognitivo que avanzó rápidamente. Su historia es la razón de este programa. Por ello, agradezco profundamente a Yolanda, mi tutora, quién, pese al ser la primera persona a la que hablaba de este proyecto, me brindó el apoyo, la motivación y la ilusión necesarios para llevarlo a cabo.

Con este proyecto, mi propósito es claro: evitar que los cuidadores informales enfermen por ejercer un rol que debería estar acompañado y respaldado por el sistema sanitario. Ellos cuidan a nuestros pacientes, y, por tanto, también son nuestra responsabilidad.

# Estado de la cuestión

## 1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema

Este proyecto educativo tiene como objetivo capacitar a los cuidadores informales en la atención integral de sus familiares y en el autocuidado, proporcionando herramientas y conocimientos esenciales en diversas áreas clave. Para ello, se ha documentado a partir de diferentes fuentes de documentación como Pudmed, Education Resources Information Center (ERIC) y Dialnet. No obstante, también se ha consultado en portales oficiales como Web Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid, Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización de las Naciones Unidas (ONU) y Sociedad Española de los Cuidados Paliativos (SECPAL).

En lo que respecta a la metodología, se han empleado los términos MeSH (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud), tal como se detalla en la Tabla 1. Para la selección de los artículos, se ha priorizado la inclusión de aquellos con una antigüedad de publicación inferior a 5 años:

Termino literal	Término DeCs	Término MeSH
Cuidador informal	Cuidadores	Caregivers
Cuidados paliativos	Cuidados Paliativos	Palliative Care
Enfermería	Enfermería	Nurse
Cuidador	Carga del Cuidador	Caregiver Burden
Atención primaria	Atención Primaria de la Salud	Primary Health Care

**Tabla 1.** Metodología búsqueda.

A continuación, se exponen los aspectos clave relacionados con el desarrollo de este proyecto educativo.

### 1.1 Cuidados paliativos

#### 1.1.1 Definición

El significado etimológico de “cuidar” proviene de *cogitare*, que en latín significa: pensar, reflexionar sobre una preocupación acerca de una cuestión pasada, presente o futura. Es decir, el propio significado no recurre únicamente a la resolución de un problema meramente puntual. A su vez, “paliativos”, gracias a su división etimológica cómo sustantivo plural derivado del verbo “*palliare*” que en latín significa la acción de encubrir

o disimular, y muy cercano al sustantivo latino *"pallium"*, que significa, capa, manto o ropaje amplio empleado para cubrir el cuerpo, se relaciona con la connotación actual del término, que es tapar o cubrir el sufrimiento y dolor sin recurrir a la posible curación de la causa. Por tanto, la acción paliativa es aquella actividad medicinal que mitiga las molestias que causa una enfermedad, sin aspirar a la resolución de ésta (1). De tal manera, en 2002 la Organización Mundial de la Salud (OMS), define los cuidados paliativos (CP) cómo *"Un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y familias que afrontan los problemas de una enfermedad con compromiso vital, a través de la prevención y alivio del sufrimiento mediante la identificación precoz y una esmerada valoración del dolor y otros problemas físicos, psicológicos, sociales y espirituales"* (2).

### **1.1.2 Historia**

Partiendo del Paleolítico, hace 2 millones de años, hasta el 10.000 a.c, la sociedad era nómada. Por ello, cuándo un miembro del grupo padecía de una herida o enfermedad que precisasen de cuidados que paliasen el dolor y sufrimiento, la inmadurez estructural y científica de la sociedad obligaba a recurrir al abandono del sujeto o a la realización de técnicas de eutanasia para adelantar la muerte del miembro, lo que no se debe confundir con mitigar el dolor (3). En la era Mesolítica, las sociedades comienzan a asentarse y crear conciencia social de grupo. Esto, supone la exaltación de figuras como los chamanes, brujas y hechiceros que realizaban ritos o actos ceremoniales cercanos a la muerte del enfermo en un intento de interpretación de las causas y signos de las dolencias, aunque bajo su entendimiento, desde una etiología mágica y religiosa. No obstante, se podría confirmar que esta intención por paliar el dolor sería la cuna de los actuales CP (3).

En los siglos 4 y 5 a.c (Antigua Grecia), curaban desde la tradición hipocrática, la cual diferenciaba las enfermedades entre tiquéticas, o producidas al azar y anaquéticas, o de mortalidad inevitable. Esta diferenciación suponía que a las primeras se las estudiaba y trataba, y a las segundas se las consideraban castigos divinos, por tanto, no solo resultaba inútil intentar tratarlas, sino que se veía como un pecado contra la naturaleza.

No hay datos que indiquen que la medicina hipocrática atendiese especialmente a los enfermos moribundos, pero la adecuación del esfuerzo terapéutico es un claro y primer precedente de los CP (4). Entorno al siglo 2 a.c, en la Península Ibérica encontramos la sociedad celtíbera o también llamada "Hospitium", que fue la denominación que los romanos otorgaron a esta cultura. Pese a tener uno de los

ejércitos considerado como de los más crueles contra sus enemigos, sorprende la calidad, cercanía y amabilidad con la que trataban a los extranjeros enfermos que acudían a sus territorios. El acto de acoger, de hospedar al enfermo y extranjero era un prestigio y reconocimiento social, llegando a competir entre ellos (5).

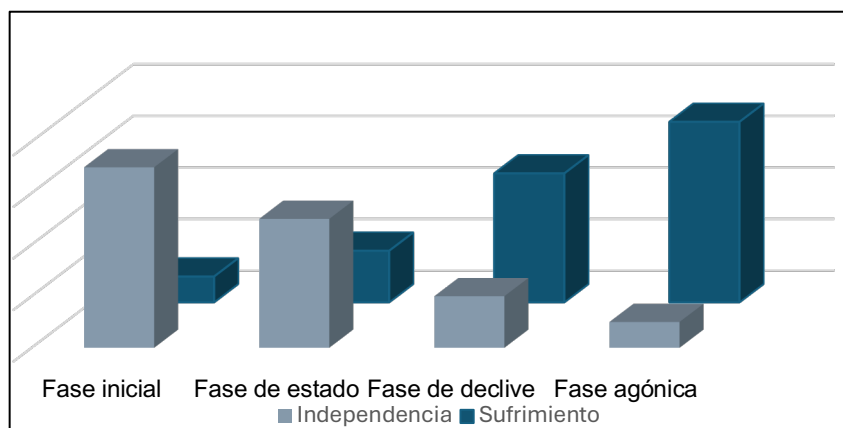
En el año 313 d.c aparecen las primeras instituciones “Hospicios”, término procedente de la palabra latina “Hospitium”, cuyo significado original era acoger, albergue o refugio. Estas instituciones fueron surgiendo inicialmente en el territorio bizantino, luego en Roma y finalmente en toda Europa. En la Edad Media surgen en España el Hospital de San Marcos en León, la Abadía de Samos en Ourense y el castillo de los Templarios en Ponferrada. Su finalidad era recibir y cuidar al peregrino, que ocasiones venía herido o enfermo, y en el caso de que su dolencia no tuviera cura, se le proporcionaban cuidados hasta su muerte (4).

En 1982 vuelve a utilizarse el término hospicio en Francia, cuando Mme Jeanne Garnier fundó los llamados “Calvarios”, lugares destinados al cuidado, consuelo y alivio de los enfermos incurables (6). Bajo la inspiración de Anne Blunt Storrs, se fundó el Calvary Hospital en Nueva York, en 1899 (4). En 1879 se funda el Our Lady’s Hospice en Dubín y en 1905 St Joseph’s Hospice en Londres, ambos gracias a las Hermanas de la Caridad Irlandesas (6).

En España en 1980, el Dr. Jaime Sanz Ortiz percibe que existe una necesidad de atención de cuidado diferente para el paciente terminal. Viaja al St Joseph’s Hospice y St.Christofer Hospice para conocer de cerca su realidad. Así surge la primera unidad de CP en España en 1982 en el Hospital de Valdecilla (Santander). Desde 1982 hasta hoy en día, la creación de Unidades o Centros para la atención de CP no ha sido homogénea. Comenzó en Canarias y Cataluña por ser las primeras Comunidades Autónomas con competencia en sanidad, expandiéndose posteriormente por todo el territorio (4).

### **1.1.3 Principios y objetivos**

Para poder facilitar los cuidados más adaptados y de forma precoz, es primordial entender las etapas de la enfermedad en fase terminal. Cada una de estas etapas aumenta el sufrimiento del paciente y disminuye su independencia (Figura 1) (7).



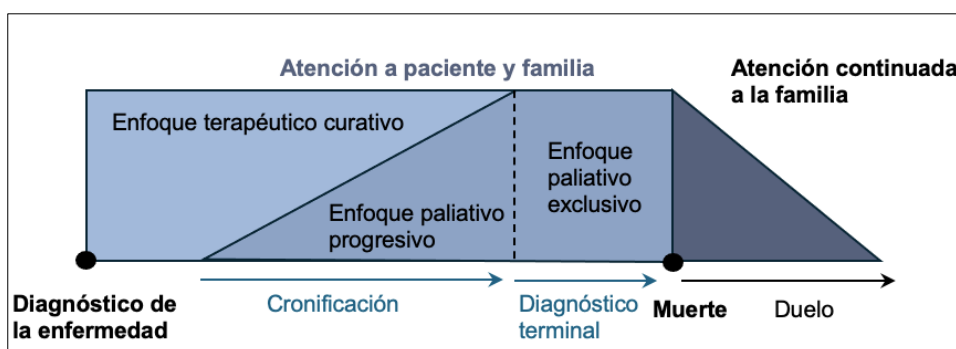
**Figura 1.** Etapas de la fase terminal. *Elaboración propia.*

Los objetivos fundamentales de la asistencia paliativa son ofrecer confort y autonomía física y/o mental al paciente y su familia, de forma que les permita vivir en paz el proceso de enfermedad avanzada, adaptándose a sus valores y preferencias (8). Según el Dr. Roberto Levin, los fundamentos de los CP se basan en 4 principios (Tabla 2).

PRINCIPIO	INTERVENCIÓN
Control de los síntomas	Iniciar tratamientos eficaces para todos los síntomas potencialmente reversibles que beneficien la calidad de la vida del paciente, sin prologan su agonía ni acelerar la muerte.
La comunicación	Adaptar la información que se tiene a los deseos del paciente mediante un lenguaje claro y comprensible con el objetivo de paliar el “dolor total”.
Apoyo psicosocial	Determinar las necesidades psicosociales de paciente y familia poniendo a su disposición los medios existentes de los que pueden ser beneficiarios y rescatar el valor del ser sobre el hacer.
Trabajo en equipo	Situando al paciente y familia como foco central, el equipo debe construir unos cuidados adaptados de manera interdisciplinar.

**Tabla 2.** Principios e intervenciones de los cuidados paliativos (9). *Elaboración propia.*

El “Modelo de atención precoz y compartida” recogido en la figura 2, permite comprender las necesidades del paciente y la familia y dar un mejor enfoque al cuidado, ya sea terapéutico o paliativo, conociendo la evolución longitudinal del proceso completo de la enfermedad, incluyendo la atención al duelo (10).



**Figura 2.** Modelo de atención precoz y compartida. *Elaboración propia.*

Un estudio de cohortes (11) indicó que algunos tratamientos terapéuticos son eficaces en las primeras etapas de la enfermedad, pero sus beneficios disminuyen progresivamente a medida que la enfermedad avanza. La aparición de discordancias entre los objetivos que se plantean familiares y pacientes son frecuentes. Por un lado, los pacientes con enfermedad avanzada a menudo priorizan un tratamiento que les permita un buen control de los síntomas y del dolor por encima de otro que les prolongue la vida, es decir, los CP. Sin embargo, los cuidadores muestran preferencias a tratamientos que alarguen la vida. Esta discordancia es preocupante, porque puede llevar a que los pacientes reciban unos cuidados incongruentes con sus propios objetivos, en especial si carecen de capacidad para la toma de decisiones (11).

#### **1.1.4 Epidemiología de los cuidados paliativos**

Los avances científicos en el tratamiento y detección precoz de múltiples patologías han dado lugar a un aumento en la esperanza de vida. Esto, unido a la gran densidad poblacional de la generación conocida como “Baby boomer” nacida entre los años 1946 y 1965, hace que la Organización de las Naciones Unidas estime que en 2050 el número de personas en el mundo con 80 o más años será el triple que el actual (12).

Con respecto a las tasas de CP recibidos en pacientes terminales, en la actualidad solo el 30% de los pacientes que fallecen anualmente en España por una enfermedad terminal, reciben CP especializados. De estos, el 62% es ofrecido por el Sistema Nacional de Salud (SNS), el 34% por instituciones privadas (Orden Hospitalaria de San Juan de Dios y Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)) mediante convenios o conciertos con el SNS, y el 4% restante por otros organismos privados (4).

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos, presentó en las XIV Jornadas Internacionales celebradas en 2023 (13) un informe estimando que de las personas susceptibles de recibir atención paliativa solo la recibieron el 40%. Dicha estimación se realizó teniendo en cuenta las características de los pacientes y a través de su registro en una herramienta pionera empleada para la detección precoz de las necesidades paliativas. El instrumento estimó que la necesidad de atención paliativa se duplicó respecto al número de personas que recibieron dichos cuidados, concluyendo en que se realizó únicamente una cobertura del 40% (Tabla 3).

	INE 2021	Sociedad Española de Cuidados Paliativos
Muertes	411.300	
Atención Paliativa	308.475	711.300
Recursos Específicos	126.640	247.488
Cáncer	68.197	68.197
No cáncer	58.443	179.291

**Tabla 3.** Personas receptoras de CP versus potenciales en 2021 (13). Elaboración propia.

La mayor desviación la herramienta encuentra de necesidades paliativas respecto a las proporcionadas es en los pacientes que no sufrieron una patología oncológica, lo que evidencia que los CP están desplazados a los pacientes con cáncer, en ocasiones, dejando fuera o atrás a aquellos pacientes mayores, personas que viven en áreas de exclusión social y aquellos con enfermedades mentales crónicas (14).

#### **1.4.5 Servicios sanitarios de Cuidados Paliativos en la Comunidad de Madrid**

Los servicios se dividen según la formación en CP específica del personal asistente (10,15):

Recursos generales: Atienden a todos los pacientes, incluyendo a aquellos con necesidad de CP, sin realizar elecciones específicas. El personal sanitario (PS) tiene unos conocimientos generales y básicos sobre los CP.

- Equipos de Atención primaria (EAP): Profesionales pertenecientes a los 266 centros de salud, 163 consultorios y 39 centros de atención rural distribuidos en 7 direcciones asistenciales, son los primeros en poder identificar necesidades de la familia y paciente por la proximidad al domicilio y conocimiento de la situación social.
- Servicios de Atención Hospitalaria: Consta de un total de 35 servicios correspondientes a los 35 hospitales públicos de la Comunidad de Madrid.
- SUMMA 112: Dispone de 131 dispositivos que intervienen en situación de emergencias/urgencias.

Recursos específicos: Conformados por equipos multiprofesionales dotados de personal con formación y experiencia avanzada en CP. Estos profesionales son; médicos (101), enfermeras (208), TCAE (170), psicólogos (26), trabajadores sociales (22) y auxiliares administrativos (18), todos ellos especializados.

- Unidad de Atención Paliativa Continuada Pal24: Formada por 6 equipos que trabajan las 24h del día 366 días al año, encargados de:
  - Atender las demandas y dudas de los pacientes, CI y familia.
  - Cuidados directos a los pacientes y familias en sus domicilios ante situaciones de alta complejidad.
  - Asesoramiento a profesionales de EAP.
  - Garantizar la continuidad de formación en CP a otros PS.
  - Gestionar de manera centralizada la hospitalización en las Unidades de Cuidados Paliativos de Media Estancia (UCPME). EAP
  
- Unidad Integral de Atención Paliativa Pediátrica: Hospital Universitario Niño Jesús y dispone de 5 equipos interdisciplinares de atención paliativa.
  
- Domiciliarios: Conformado por 16 servicios y/o unidades cuya función principal es la realización de los CP a pacientes con situaciones media y alta complejidad proporcionando apoyo, asesoramiento y formación continuada.
  - Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAPD): Son 11 equipos de titularidad pública y situados en los Centros de Salud.
  - Unidades de Cuidados Paliativos Domiciliarios Asociación Española Contra el Cáncer (UCPD-AECC): Se tratan de 5 equipos concertados con la AECC situados 4 en centros de salud y 1 en el HU Carlos III.
  
- Hospitalarios: Son en total 22 hospitales de la Comunidad de Madrid los que disponen de estas unidades de CP Específicos.
  - Equipos de Soporte Hospitalarios (EDPH): En total, 13 hospitales disponen de EDPH cuyas principales funciones son el cuidado de los pacientes y familias, coordinación con Pal24 y formación continuada en el entorno hospitalario.
  - Unidades de Cuidados Paliativos Agudos (UCPA): Formado por 4 unidades, con una suma total de 67 camas para la hospitalización de pacientes con necesidad de CP cuya complejidad requiere de estar en el servicio de un hospital.
  - Unidades de Cuidados Paliativos de Media Estancia (UCPME): Son en total 10 unidades públicas y concertadas siendo un total de 223 camas. Estos equipos proporcionan atención continuada a pacientes y familias con necesidades paliativas cuyos equipos también están compuestos por

asesores espirituales, fisioterapéuticas, terapeuta ocupacional y musicoterapia (10,16).

Se determinó la influencia de la asistencia de los servicios hospitalarios, de atención primaria (AP) , específicos y generales en el paciente y familia, obteniendo las siguientes conclusiones (16):

- Las visitas domiciliarias especializadas (ESAAPD) reflejan un menor número de ingresos a urgencias hospitalarias respecto a las visitas no especializadas (EAP).
- Entre el 50%-70% de los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas prefieren fallecer en su domicilio.
- La asistencia coordinada entre los servicios de AP y CP supone un mayor número de fallecimientos en el hogar.

## **1.2 Cuidadores Informales**

Como se ha mencionado anteriormente, el aumento de la esperanza de vida se traduce en un preocupante incremento del gasto público en servicios de atención y cuidado a largo plazo. Para afrontar este aumento de necesidad asistencial, en Europa se ha propuesto fomentar el cuidado informal para reducir el coste en atención sanitaria, lo que ha llevado transferir las competencias del personal sanitario a los cuidadores informales, de los que se espera que desempeñen un papel crucial en el apoyo de la salud, bienestar e independencia de las personas a las que cuidan, sin tener una formación especializada para ello (17).

Los cuidadores informales principales (CI) son aquellas personas que brindan atención continuada, a menudo en el hogar, a pacientes con una gran necesidad de cuidado. Estos cuidadores no son remunerados y suelen tener una gran conexión personal con la persona a la que cuidan (18). En cuanto a la diferenciación del lazo familiar entre los CI y los pacientes, un estudio longitudinal (19) que realizó encuestas a 10.000 pacientes y familias determinó los siguientes hallazgos:

- Los cónyuges dedican más tiempo al cuidado de los pacientes que los hijos. Estos refieren que les resulta más difícil emocional, social y económicamente cuidar a un padre que a un cónyuge.
- La presencia de hijas aumenta un 50% la probabilidad de que el paciente reciba cuidados de estas en el domicilio y fallezca allí, disminuyendo en hasta un 30%

la probabilidad de que el paciente acuda a una residencia.

- Existe influencia entre el efecto emocional de la carga del cuidador y la concordancia de sexo entre cuidador-paciente. Es decir, se ha hallado que las hijas que cuidan a sus madres experimentan la mayor carga, seguidas de los hijos e hijas que cuidan a los padres, mientras que los hijos que cuidan a las madres son los menos influenciados (19,20).

### **1.2.1 Funciones de los cuidadores informales**

Los CI proporcionan un amplio espectro de cuidados asistenciales en la mayoría de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Siendo las tareas más comunes (18):

- Función médica: Administración de medicamentos, seguimiento de los síntomas y manejo del dolor.
- Función doméstica: Tareas del hogar como lavar ropa, realización de la compra, preparar las comidas, seguridad en el hogar para garantizar menos barreras a la movilidad del paciente (adecuación del espacio y limpieza).
- Función personal: Mantenimiento de las finanzas y asuntos legales, asistencia física al paciente para movilización e higiene.
- Función socioemocional: Apoyo emocional al paciente, actividades recreativas como paseos, salidas, lecturas y visitas.

Los CI suponen la base de los CP, siendo los principales encargados de brindar los cuidados al final de la vida, estimándose que proporcionan el 75-90% de la atención domiciliaria (14).

### **1.2.2 Dicotomía cuidador-paciente**

La dicotomía cuidador-paciente hace referencia a la relación que existen entre ellos y como ésta repercute en la vida, salud física y mental de cada uno de los miembros. Un estudio realizado (21) a familias y pacientes determinó los 3 procesos principales de apoyo que existen derivados de este vínculo:

- Soporte emocional: tanto familias como pacientes manifestaron que expresar sentimientos de afecto y preocupación, mostrar una actitud positiva y lo que definen como “estar ahí”, mejora la situación.
- Reciprocidad: los pacientes comunican que el deterioro físico que van sufriendo imposibilita la realización de tareas básicas y sencillas que antes sí realizaban

y que, gracias al apoyo de sus cuidadores informales, se complementan para poder realizarlas. También manifiestan que este aumento de demanda en ayuda supone para los cuidadores más trabajo y estrés llegando a presentarse situaciones de angustia, los pacientes intentan remediarlo aportando apoyo emocional a sus cuidadores.

- Toma de decisiones, más de la mitad de los pacientes involucran a sus familias en la toma de decisiones sobre sus CP. Tanto los pacientes como los cuidadores eran conscientes de que cualquier decisión tomada por el paciente en relación con sus CP también afectaba a los cuidadores.

### 1.2.3 Cansancio del cuidador. Repercusiones físicas y psicosociales

Los cuidadores familiares son recursos cruciales para brindar CP en el hogar, sin embargo, sin suficiente apoyo social, se enfrentan a dificultades y desafíos, lo que resulta en numerosas necesidades y carencias que pueden desencadenar el cansancio del cuidador (22). Entendemos cansancio del cuidador como el estado de agotamiento físico y emocional que experimentan las personas que dedican gran parte de su tiempo al cuidado de una persona dependiente. La carga del cuidador es:

- A. Carga objetiva: es el efecto físico de las tareas diarias realizadas para el paciente, así como el tiempo empleado por el CI mientras ayuda, controla, alimenta o higieniza a su familiar.
- B. Carga subjetiva: se trata del impacto social, psicológico y emocional que los CI pueden sufrir a causa de la carga objetiva de la atención realizada. Esta carga subjetiva puede llevar al desarrollo de comorbilidades asociadas a la salud física y mental, e inestabilidades financieras y sociales (23).

Se calcula que la presencia de comorbilidades entre las que destacan la depresión, ansiedad, estrés y deterioro cognitivo, están presentes en el 40% de los cuidadores (18). Un estudio cualitativo (24) determinó cuales son los factores de riesgo para la aparición de estas enfermedades (Tabla 4).

TIPO	FACTORES
Factores relacionados con el cuidador	Sexo femenino, edad joven, dificultades financieras y falta de apoyo social.
Factores relacionados con el paciente	Edad más joven, enfermedad avanzada, calidad del bienestar, estado funcional y ausencia de comprensión.
Otros factores:	Relación conyugal, estilo de apego inseguro, conflicto familiar.

**Tabla 4.** Factores de riesgo para la aparición de comorbilidades.

Respecto a las repercusiones psicosociales de los CI las más importantes son (14):

- Economía: los CI pueden llegar a necesitar de contratos o puestos laborales más flexibles o con menos horas semanales, lo que supone menos ingresos al hogar a la vez que tiene más gastos por el cuidado prestado.
- Unidad familiar: cambios en la vida del CI a corto y largo plazo, llegando a mudarse de domicilio o desocupar el habitual.
- Sociedad: aislamiento de círculos sociales por ausencia de tiempo y acumulación del cansancio.
- Autocuidado: gran incidencia en la aparición de comorbilidades en los cuidadores principales informales, sumado a su desatención médica por considerar su salud menos relevante que la de su familiar enfermo.
- Autorrealización: retraso de la educación y proyectos personales, incluso no llegándose a realizar.

Es sumamente relevante conocer la influencia de los cuidadores informales en el sistema de salud y sus riesgos de tener secuelas físicas y sociales por realizar cuidados relacionados con las labores sanitarias. En diferentes estudios (14) se ha comprobado el alcance de este gran recurso asistencial. La presencia de un CI implicado en los. Se calcula que estos invierten de media 6,6 horas en la realización de actividades instrumentales y ABVD, demostrando que realizan una contribución financiera al sistema de atención en salud, equivalente hasta el 70% de los costos totales de la atención en salud.

#### **1.2.4 Servicios a cuidadores informales**

Aunque la comunidad de Madrid dispone de dispositivos destinados a los CI, tanto propiciados por el estado como por la propia Consejería de Sanidad, el PS lo desconoce. Este desconocimiento minimiza el potencial beneficio que dichos dispositivos tienen para los CI. Algunos de estos servicios son:

- Tramitación de leyes de dependencia: mediante un trabajo interdisciplinar en el que se pueda contar con la presencia de los servicios de trabajo social del centro de salud, se puede derivar a la familia para evaluar el estado de dependencia del paciente y así puedan contar con un acompañamiento en el hogar durante ciertas horas a la semana, disponer de asistir a un centro de día etc.
- Servicios a Cuidadores de la Cruz Roja: es un servicio de grupos de apoyo para los CI de acceso libre sin necesidad de derivación. Sus objetivos son ofrecer un

espacio para dar estrategias al CI que le permitan reaccionar ante problemas de salud y conducta de la persona cuidada, y dar soporte psicológico al CI para que pueda hacer frente a la situación y se libere de angustias y tensiones. También cuentan con grupos de formación para cuidadores y grupos de consejos para aprender a cuidarse (25).

- Recursos de la Comunidad de Madrid dependientes de la Dirección General de Mayores: No solo se cuenta con el acceso a hospitales de día y centros residenciales para el paciente que proporciona al cuidador más tiempo, sino que también disponen de programas de apoyo que proporcionan camas articuladas y grúas. Las familias también pueden ser beneficiarias del servicio de lavandería domiciliaria e incluso respiros familiares (servicio de apoyo temporal para los CI) (26).

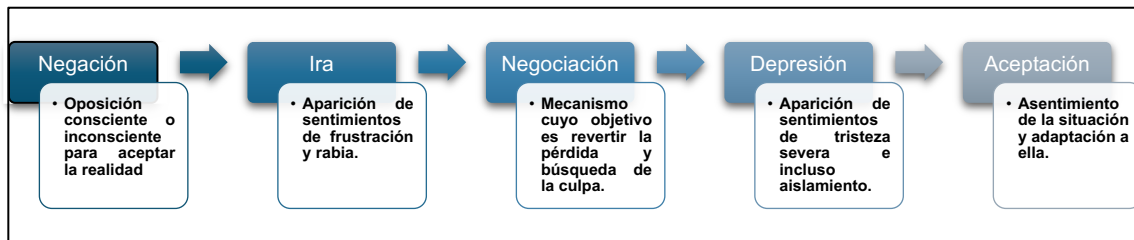
### **1.3 Consecuencias del cuidado**

Se estima que 1/4 de de los CI sufren ansiedad, 1/5 depresión y la mitad presentan síntomas de angustia (18). Este apartado pretende determinar la influencia a largo plazo de estos trastornos en la vida de los cuidadores con el objetivo de estipular los momentos clave en los que los cuidados de enfermería pueden ser determinantes.

#### **1.3.1 Duelo**

El psicólogo Roberto Álvarez, especialista en el acompañamiento a la familia en el proceso de enfermedad y muerte en el hospital, nos aporta una frase determinante para humanizar el cuidado y comprender el sufrimiento familiar de nuestros pacientes, *“El duelo es el precio que pagamos por amar”* (27).

En el duelo hay pensamientos, sentimientos, síntomas físicos y emocionales, y las acciones consecuentes a la anticipación de la pérdida de una persona o una cosa amada (casa, coche etc), incorporando en la definición el duelo anticipado y aquel que es producido por pérdidas diferentes a las personas queridas (28). Conocer las etapas del duelo es determinante, puesto que la enfermera puede anticipar las necesidades emocionales de los pacientes y ofrecer recursos o intervenciones adecuadas para cada circunstancia (Figura 3).



**Figura 3.** Etapas del duelo según Elisabeth Kübler-Ross (29). Elaboración propia.

También se debe conocer en qué punto comienza el duelo en la familia y en qué tipo de duelo se encuentran (29):

- Duelo normal: Se progresa por las etapas de manera gradual y saludable.
- Duelo crónico: La persona no consigue adaptarse al duelo, apareciendo grandes periodos de depresión y ansiedad.
- Duelo anticipatorio: La persona experimenta el dolor antes de que la pérdida suceda. Ocurre en familias con pacientes cuya salud está comprometida.
- Duelo retardado: La persona presenta dificultad en la expresión de emociones, ocultándolo o evitándolo.
- Duelo ambiguo: La persona no es capaz de determinar o afrontar la pérdida puesto que no se está o no está garantizada (catástrofes y desapariciones).
- Duelo enmascarado: La persona sufre los síntomas de las etapas del duelo, pero no lo asocia a él.

Se ha determinado que algunos de los factores que pueden afectar al duelo son la falta de preparación para la muerte del paciente, percepción negativa de la muerte del familiar, muerte en el entorno hospitalario y acceso a CP por menos de 3 días (24).

### 1.3.2 Depresión, ansiedad y deterioro cognitivo

Ansiedad, estado de hiperalerta y angustia, y depresión, estado caracterizado por presentar sentimientos profundos de tristeza (30) son 2 signos o alteraciones comunes durante el duelo. No obstante, su cronificación puede desencadenar el desarrollo de duelos crónicos que produzcan en el afectado un estado de salud y social difícil de revertir. Se conoce que el 25% de los CI sufren ansiedad, el 20% depresión y el 45% presentaba síntomas de angustia (18). También se sabe que, a lo largo de la evolución de la enfermedad del familiar enfermo, las tasas de estas enfermedades en los CI aumentan. Al comienzo de la enfermedad el 11% los cuidadores sufren depresión en comparación con el 12% de los pacientes. Con el paso del tiempo y la evolución de la patología, la depresión está presente en el 30% de los cuidadores y disminuye al 9% en los pacientes (18). Una investigación reciente (31) se propuso determinar si la depresión

y ansiedad son factores de riesgo para el desarrollo de comorbilidades, en las que incluyeron la demencia y el deterioro cognitivo. Se prevé que en 2030 haya 66 millones de personas con demencia, cifra que se duplicará en 2050 (32). Por otro lado, según la Fundación del Cerebro de la Sociedad Española de Neurología (SEN), se ha calculado que en España el coste para el sistema sanitario de una persona con demencia es de 35.000€ anuales actualmente, y que el coste total en España supera los 24.000 millones de euros anuales y podría duplicarse para 2050 (33) debido a este incremento de la incidencia de demencia ya mencionada. Esta investigación identificó que la depresión contribuye activamente a la neuro inflamación, factor de riesgo común de múltiples enfermedades (31).

## **1.4 Papel de la enfermería**

### **1.4.1 Necesidades de las familias**

Tras la entrevista a 18 familias que se encargaban de proporcionar CP en el hogar, se identificó cuáles son las necesidades que más demandaban (22):

- Comprender la progresión de la enfermedad: conocer cuáles serían los signos y síntomas que podrían observar en su familiar para tener la capacidad de adelantarse a ellos o no alterarse ante su presencia.
- Cómo mejorar la calidad de vida del paciente: conocer cuidados o mecanismos que ayuden a mantener un estado de “buen vivir”.
- Aprender sobre los signos de las últimas horas para aliviar el sufrimiento del paciente: saber cuáles eran los signos que evidenciaban la cercanía del fallecimiento para poder despedirse y ayudarles en el camino.

Por lo tanto, comprender las necesidades de los cuidadores familiares y las estrategias de afrontamiento durante la fase de final de la vida de los pacientes es la base para que los profesionales brinden apoyo personalizado.

### **1.4.2 Dificultades de los profesionales**

La realización de planes de intervención a familias es útil para la adaptación de éstas a la enfermedad. No obstante, estos cuidados están mayoritariamente proporcionados por enfermeras, las cuales sin una correcta preparación pueden desaprovechar este recurso. Las causas por las que enfermeras no realizan una correcta planificación anticipada de decisiones (PAD) en los CP son (34):

- Las propias emociones de las enfermeras: reflejan no sentirse cómodas hablando de aspectos relacionados con la muerte, trasladando la justificación al tabú que supone la muerte en la cultura europea.
- Escasez de tiempo: las encuestadas reflejan que no tienen tiempo en las visitas domiciliarias a tratar las PAD con pacientes ni familiares.
- Prevalencia de los pactos de silencio en el entorno familiar: estos son considerados como una gran barrera ya que, al no estar informados los pacientes de su enfermedad, la familia tampoco asume su condición, no permitiendo a los profesionales de enfermería desarrollar las PAD, puesto que el entorno no considera que exista la necesidad de ello.
- La falta de habilidades comunicativas de las enfermeras.

### 1.4.3 Intervenciones e influencia

Las enfermeras se tratan del personal más adecuado para poder realizar correctamente intervenciones que colaboren a la prevención del cansancio del cuidador, se han estudiado algunas de dichas intervenciones:

- Contacto frecuente con los CI: Un estudio (18) demostró que los CI manifestaron una mejora importante en su estrés gracias a un modelo de atención multidisciplinar que incorporaba: aumento en la frecuencia y número de contacto con los CI y evaluación constante de la salud física del CI en las visitas.
- Apoyo al autocuidado del cuidador: ofrecer información sobre todos los recursos sociales de los que puede ser beneficiario el cuidador y el paciente y animar y felicitar al CI por su autocuidado, disminuye su tensión y carga (18).
- Implementación de la comunicación End-of-life (EOL): EOL es el método comunicativo cuyo objetivo es evitar la aparición de pactos de silencio entre familia y pacientes. Este sistema elimina el estigma sobre la muerte y ayuda a los pacientes a transmitir sus deseos a la familia. Una comunicación ineficaz entre familia-paciente imposibilita una comunicación efectiva entre paciente-personal sanitario. Cuando los profesionales no son conscientes de los deseos del paciente, se dificulta la administración de un tratamiento adecuado, pudiendo derivar en experiencias traumáticas, malestar y encarnizamiento terapéutico (34).
- Estandarizar las visitas: Un proyecto (35) comprobó que, tras ordenar las acciones de los profesionales sanitarios, agendar las visitas basándose en las necesidades de cada paciente y cumplimentar el *check list* de los contenidos a tratar con los pacientes, se redujo la hospitalización de los pacientes.

## 2. Justificación

Una vez conocidas las necesidades de los cuidadores informales; las afecciones más prevalentes como depresión y ansiedad, factores de riesgo para el desarrollo de deterioro cognitivo; y la influencia de la figura de enfermería en procesos de duelo. Surgen los siguientes interrogantes: ¿Son los cuidadores informales de pacientes paliativos susceptibles de experimentar depresión como factor predictivo de deterioro cognitivo? ¿Es posible mitigar esta condición a través de un plan de atención familiar y comunitaria orientado a la prevención?

Para abordar estas cuestiones, se propone la revisión de los resultados de un estudio realizado en Estados Unidos (36). El objetivo fue evaluar la influencia de la formalización de la educación sobre cuidados a los CI. El programa de capacitación consistió en un curso de 6 horas, dividido en 3 sesiones, impartido por enfermeras y trabajadores sociales. Este curso abarcó temas de asesoramiento sobre apoyo psicosocial, manejo de síntomas e identificación de recursos, evidenciando que tras el programa aumentó la confianza de los CI en un 35% y en un 40% sobre sentirse confiados desempeñando su rol. Por último, el 98% de los participantes reconocieron que el programa les fue beneficioso y les ayudó a desempeñar su labor como CI. A partir de estos hallazgos, si existe evidencia científica que abala la realización de cursos docentes a CI impartidos por personal de enfermería revelando que sus resultados son significativamente positivos, podríamos concluir que la implementación de planes de atención preventiva para las familias que inician un proceso de duelo es crucial.

La metodología empleada en este proyecto no está basada exclusivamente en técnicas expositivas, si no, implementa técnicas basadas en el aprendizaje significativo que favorece la resolución de problemas reales, consolida duraderamente el conocimiento y reduce la ansiedad ante el cambio. Como ya se ha observado, a pesar de existir múltiples recursos para CI, respecto a ello, el fin de este proyecto es consolidar todos los recursos en un único plan para agilizar el acceso a estos materiales. Con ello, se consigue no solo favorecer a los cuidadores y pacientes, sino que también sus resultados contribuyen a la optimización de los recursos del sistema sanitario, reduciendo la carga económica asociada a estas.

## **3. Población y captación**

### **3.1 Población diana**

El proyecto educativo está dirigido a cuidadores principales informales de pacientes que han sido recientemente incluidos en el programa de Cuidados Paliativos domiciliarios dados de alta en el Hospital del Tajo (Aranjuez). Estos pacientes a su vez deben estar adscritos, en el ámbito de Atención Primaria, al Centro de Salud Las Olivas (Aranjuez), lo que constituye el criterio de inclusión para participar en el proyecto.

No se establecen factores de exclusión relacionados con la edad, el sexo o el vínculo con el paciente.

La asignación de los participantes a los distintos grupos se realizará considerando tanto las características clínicas de los pacientes como las particularidades personales de los cuidadores (edad, intereses, aficiones, etc.). El objetivo es conformar grupos con elementos comunes, especialmente en cuanto al tiempo dedicado al cuidado, lo que facilitará el intercambio de experiencias, estrategias y recursos entre cuidadores. Asimismo, se busca fomentar la creación de lazos personales, propiciando que los participantes encuentren afinidades que los animen a compartir momentos de ocio fuera del entorno del cuidado.

Cada grupo estará compuesto por un máximo de 12 cuidadores, con el fin de garantizar una formación cercana, personalizada y eminentemente práctica.

### **3.2 Captación**

La captación se realizará en la Unidad de Medicina Interna del Hospital del Tajo en Aranjuez, utilizándose 2 estrategias; primeramente se realizará un comunicado y solicitud de colaboración a las enfermeras de dicho servicio, mediante el cual se les explicará que tras el alta del paciente al que se ha incluido en CP, se hablará con la familia para comunicarles que existe un curso desde AP del que son beneficiarios y en el que podrán entender en qué consisten los CP, cómo ayudar al paciente y qué servicios pueden ayudarles en el proceso. Se les entregará un tríptico informativo en el que se presenta el cronograma, sesiones y contenidos de interés (Anexo 1). Por otro lado, tras el alta al domicilio se procederá a recordar vía telefónica y durante las visitas domiciliarias la disponibilidad del curso antes de sobrepasar una semana tras la instauración de los CP.

Para inscribirse a las sesiones, se rellenará un formulario (Anexo 2) que la enfermera llevará al domicilio del paciente o que en caso de que el CI lo requiera, se podrá rellenar en el centro de salud comunicando su intención de asistir al área administrativa vía telefónica. El área notificará a la enfermera, y esta concertará un espacio para realizar el formulario y resolución de dudas. Se rellenarán datos personales, relación con el paciente, número del resto de cuidadores, nº de familiares con los que el cuidador tiene contacto estrecho, tiempo libre del que disponen y actividad del cuidado que más tiempo les ocupa. El formulario ayudará a organizar las sesiones según el estado, evolución, patología del paciente y características del CI.

## 4. Objetivos

### 4.1 Objetivos generales

El objetivo general de este proyecto es disminuir la prevalencia de depresión, ansiedad, riesgo del síndrome “cansancio del cuidador” y comorbilidades asociadas en cuidadores informales de pacientes en CP, a través de un programa de capacitación orientado a fortalecer sus competencias en el cuidado adecuado del paciente y en prácticas efectivas de autocuidado.

### 4.2 Objetivos específicos

Como objetivos específicos entendemos aquellos propósitos que deseamos conseguir de los participantes y que se deben de tener en cuenta en la planificación. Estos se clasifican según áreas de conocimientos, habilidades y actitudes, así presentados:

Área cognitiva
<ul style="list-style-type: none"><li>• Entender qué son los cuidados paliativos y sus principales objetivos.</li><li>• Comprender el proceso de duelo.</li><li>• Entender los valores de las constantes vitales.</li><li>• Identificar signos de alarma sobre alimentación del paciente y su adecuación.</li><li>• Identificar signos de alarma en la agonía del paciente.</li><li>• Detectar signos de depresión, ansiedad y trastornos del sueño en sí mismos.</li><li>• Conocer estrategias de autocuidado.</li><li>• Conocer los servicios y asociaciones de Aranjuez y la Comunidad de Madrid que colaboran proporcionando ayudas y actividades de ocio a cuidadores.</li></ul>

Área de habilidades
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo de dispositivos de oxigenoterapia, ostomías y sondas.</li> <li>• Registro y toma de constantes.</li> <li>• Manejo de medicación y curas del paciente.</li> <li>• Realización de higiene, movilización y prevención de úlceras por presión.</li> <li>• Establecer comunicación efectiva con el paciente.</li> </ul>
Área afectiva
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresar dudas y miedos.</li> <li>• Relatar experiencias propias, consejos y estrategias al grupo.</li> <li>• Demostrar habilidades de afrontamiento ante la muerte.</li> </ul>

**Tabla 5.** *Objetivos específicos según áreas. Elaboración propia.*

## 5. Contenidos

El proyecto se organizará en 3 sesiones repartidas entre 1 semana y media en horario a elegir entre mañana y tarde, tratando los siguientes contenidos en orden cronológico:

- Objetivos de salud y comportamiento que se espera del proyecto.
- Principios y objetivos de los cuidados paliativos.
- Cómo realizar una comunicación efectiva sobre el miedo a la muerte.
- Cómo, cuándo y por qué realizar silencios en la comunicación efectiva.
- Soluciones ante situaciones más comunes entre cuidador y paciente.
- Disminución del estrés, la ansiedad y la fatiga.
- Mejora de la autoestima y confianza del cuidador.
- Enseñar técnicas básicas de atención sanitaria domiciliaria como la realización de traslados del paciente, cura de heridas, alimentación, uso de oxigenoterapia, control del dolor y manejo de ostomías y sondas.
- Conectar a los cuidadores con redes de apoyo comunitarias ofertadas por la localidad de Aranjuez y la Comunidad de Madrid.

## 6. Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales

### 6.1 Planificación general

El espacio dónde se realizarán las sesiones educativas es la sala polivalente del Centro de Salud Las Olivas en la localidad de Aranjuez ubicado en Avenida del Deleite, esta aula está dotada del espacio y material suficiente para poder realizar las dinámicas necesarias que garanticen un aprendizaje óptimo. El salón dispone de proyector, pizarra, sillas, correcta iluminación y del espacio suficiente para realizar “role playing”. La colocación de las sillas siempre será en forma de “U” para crear un ambiente cercano dónde tengan la seguridad de poder dirigirse al ponente, excepto cuando en las sesiones se indique lo contrario.

### 6.2 Cronograma general

El proyecto educativo se dividirá en 3 sesiones, repartidas a lo largo de 7 días en 2 turnos diferentes con una duración de 90 minutos más 10 minutos de descanso, con el objetivo de poder adaptarse a los tiempos libres de los CI. A continuación, se presenta una tabla con la información de cada sesión.

		<u>SESIÓN 1</u>	<u>SESIÓN 2</u>	<u>SESIÓN 3</u>
Turnos	Turno de mañana	Lunes 10:00-11:40 h	Jueves 10:00-11:40 h	Lunes 10:00-11:40 h
	Turno de tarde	Martes 16:00-17:40 h	Viernes 16:00-17:40 h	Martes 16:00-17:40 h
Duración		100 min	100 min	120 min
Contenidos		<ul style="list-style-type: none"><li>• Introducción</li><li>• Verdades y mentiras sobre los CP.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aprender a cuidarles.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aprender a cuidarnos.</li><li>• Encuesta.</li><li>• Cierre.</li></ul>

*Tabla 6. Cronograma general de las sesiones. Elaboración propia.*

### 6.3 Número de participantes

El número total de participantes por grupo serán de 12 cuidadores informales, pudiendo ser varios del mismo paciente siempre y cuando sean los principales. Los participantes podrán asistir a turno de mañana o tarde indiscriminadamente del grupo al que hayan acudido en las sesiones previas.

## 6.4 Docentes

Los talleres serán realizados por 2 enfermeros del centro de salud especializados en CP y de ponentes externos al servicio sanitario en la tercera sesión. Los enfermeros tomarán la posición de ponente y observador alternándose.

## 6.5 Sesiones.

PRIMERA SESIÓN					
Tº	OBJETIVOS	CONTENIDOS	TÉCNICA	RECURSOS	EVALUACIÓN
15´	Conocer a los docentes, iniciar el acercamiento y conocerse entre el grupo.	Presentación de los docentes y cuidadores.	<b>Dinámica del ovillo.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ovillo de lana.</li> <li>• Sillas en forma de círculo.</li> </ul>	Interés percibido por el observador.
15´	Conocer los objetivos del taller.	Objetivos de salud y comportamiento.	<b>Expositiva.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proyector.</li> <li>• Ordenador.</li> <li>• Presentación.</li> </ul>	Atención percibida por el observador.
10´	Conocer las variables que puedan orientarnos para siguientes sesiones.	Datos sobre las características de los participantes	<b>Cuestionario</b> (Anexo 3).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuestionario impreso.</li> <li>• Tablilla para apoyarse.</li> <li>• Bolígrafos.</li> </ul>	Participación y realización del cuestionario.
DESCANSO 10´					
10´	Evaluación de los conocimientos previos	Conocimientos previos sobre los cuidados paliativos.	<b>Lluvia de ideas.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pizarra.</li> <li>• Rotulador.</li> </ul>	Interés percibido por el observador.
15´	Conocer los principios y objetivos de los cuidados paliativos.	Principios y objetivos de los cuidados paliativos.	<b>Dinámica de verdadero o falso.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proyector.</li> <li>• Carteles de verdadero o falso (Anexo 5).</li> </ul>	Atención e interés de participación percibido por el observador.
10´	Recordar las actividades que se realizarán en la siguiente sesión, hora y lugar. Responder las dudas de los participantes.	Despedida, dudas y preguntas.	<b>Exposición oral.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ponente exponiendo.</li> </ul>	Atención percibida por el observador.

**Tabla 7.** Primera sesión del proyecto. Elaboración Propia.

A continuación, se especificarán las características de cada técnica de la 1ª sesión:

- ⇒ **Dinámica del ovillo:** Se situará a los participantes en forma de círculo, el ponente cogerá la punta del ovillo y lo lanzará a uno de los participantes, este deberá responder cuál es su nombre, de quién cuida y un hobby que le guste hacer. Este primer cuidador le lanzará el ovillo a otro, agarrando de la lana para crear una red al finalizar la dinámica. El ponente acaba concluyendo que esa red que se ha creado entre todos es la conexión que nos une hacia un mismo fin en estos talleres.
- ⇒ **Cuestionario:** Se responderá un cuestionario (Anexo 3) con preguntas de respuesta abierta y con cuestiones que se pueden responder del 0 al 4 (5 opciones). Los resultados del cuestionario serán evaluados mediante la escala “Pepi” (Anexo 4) para determinar el riesgo de sufrir cansancio del cuidador y comorbilidades. Este valor por participante será comparado con el obtenido al finalizar el proyecto para determinar tanto la utilidad del programa, es decir, si el programa ayuda a disminuir el riesgo de cansancio del cuidador y para clasificar a los pacientes en diferentes grupos asistenciales para un seguimiento en AP post programa.
- ⇒ **Lluvia de ideas:** Se realizará la pregunta “¿Qué creen que son los cuidados paliativos mediante?” y “¿Qué palabra le viene a la mente cuando escuchan cuidados paliativos sin ser la palabra “muerte”?” y se escribirán las respuestas en la pizarra.
- ⇒ **Verdadero o falso:** Se expondrá en la pantalla una serie de afirmaciones y los participantes deberán situar el cartel (Anexo 5) en verdadero o falso. También se incluirán las afirmaciones apuntadas en la pizarra de la actividad anterior. El docente explicará cada afirmación tras realizarse.

SEGUNDA SESIÓN					
Tº	OBJETIVOS	CONTENIDOS	TÉCNICA	RECURSOS	EVALUACIÓN
15'	Identificar las actividades e intervenciones realizadas en la primera sesión y evaluar la utilidad de estas.	Recuerdo percibido de la sesión 1 por parte de los participantes. Aplicación de lo aprendido al futuro.	<b>La máquina del tiempo.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La “máquina del tiempo”.</li> <li>• Tarjetas especiales.</li> <li>• Pizarra.</li> </ul>	Participación percibida por el observador.

10´	Mostrar a los participantes las situaciones más comunes en de los cuidados. Enseñar a los participantes que no están solos ante dichas situaciones.	Comunicación de miedo a la muerte, silencios, miedos y preguntas del cuidador, falta de tiempo etc.	<b>Role playing.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Camilla de consulta.</li> <li>• Atrezo.</li> </ul>	Percepción por parte de ambas enfermeras.
15´	Identificar los mecanismos más comunes, sentimientos de los participantes. Ayudar a ofrecer alternativas y consejos.	Actividades que hubiesen ayudado a resolver las situaciones en el role playing.	<b>Dinámica “Si yo fuera”</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proyector.</li> <li>• Ordenador.</li> <li>• Presentación.</li> <li>• Papel.</li> <li>• Bolígrafo.</li> </ul>	Interés y participación percibida por el observador.
<b>DESCANSO 10´</b>					
40´	Conocer la correcta realización de los cuidados que los cuidadores realizarán a sus pacientes.	Realización de traslados, cura de heridas, alimentación, uso de oxigenoterapia etc.	<b>Simulación.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atrezo de simulación.</li> </ul>	Participación percibida por el observador.
5´	Recordar las actividades que se realizarán en la siguiente sesión y entrega de tríptico.	Despedida	<b>Entrega de “Manual del cuidador” (Anexo 6).</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manual impreso.</li> <li>• Ponente exponiendo.</li> </ul>	Atención percibida por el observador.

*Tabla 8. Segunda sesión del proyecto. Elaboración Propia.*

Las características de cada técnica a realizarse en la segunda sesión son:

- ⇒ **Máquina del tiempo:** Se plantea a los participantes que escriban algo sobre lo aprendido en la sesión anterior y lo introduzcan en una caja, “la máquina del tiempo”. Los participantes meterán la mano en la caja y deberán sacar algo de lo aprendido, se les plantea que eso mismo se lo tienen que enseñar a alguien en el futuro, ¿cómo lo harán?
- ⇒ **Role Playing:** Actuarán las 2 enfermeras, realizan una escena donde una es el paciente y la otra el cuidador. Se presentan situaciones más comunes en el cuidado del paciente como situaciones de pactos de silencio, dolor físico, no saber cómo ayudar al paciente etc.

- ⇒ **Dinámica “Si yo fuera”** Se presentarán frases de “si yo fuera” relacionadas con la actuación vista, los participantes responderán en papel y posteriormente se ofrecerá comunicarlas al grupo. Algunas preguntas serán “Si yo fuera el paciente, ¿querría saber qué me está pasando?”, “Si yo fuera el familiar, ¿cómo pediría ayuda?” etc.
- ⇒ **Simulación:** Se realizarán diferentes simulaciones en el aula, dónde se pedirá voluntariamente a los participantes que hagan de paciente. A su vez se realiza una **exposición oral** con apoyo gráfico. Algunas de las simulaciones que se harán son manejo de máquina de O2, utilización y manejo del espesante, manejo de aparatos de toma de constantes, identificación del material de curas, comunicación eficaz, identificación del estado de agonía y manejo del dolor mediante medidas terapéuticas no invasivas. Se tratará con mucha importancia el manejo de los pactos de silencio.
- ⇒ **Entrega de “Manual del cuidador”:** Se entregará un folleto (Anexo 6) con todas las técnicas y procedimientos aprendidos en la sesión para que los cuidadores puedan revisarlo en sus domicilios ante situaciones de duda. Se explicarán las actividades a realizar en la sesión 3.

TERCERA SESIÓN					
Tº	OBJETIVOS	CONTENIDOS	TÉCNICA	RECURSOS	EVALUACIÓN
5´	Identificar la utilidad de las actividades e intervenciones realizadas en la segunda sesión.	Recuerdo percibido de la sesión 2 por parte de los participantes.	<b>Preguntas abiertas</b> y realización de <b>línea temporal</b> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pizarra.</li> <li>• Rotulador.</li> <li>• Tarjetas verdes, amarillas y rojas.</li> </ul>	Participación percibida por el observador.
10´	Evaluar la utilidad de las actividades que se realizaron.	Análisis de los resultados y percepciones sentidas.	<b>Dinámica del semáforo</b> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pizarra con la línea temporal dibujada.</li> <li>• Tarjetas de semáforo.</li> <li>• Sillas.</li> </ul>	Participación percibida por el observador.
5´	Informar sobre los invitados y sus propuestas.	Asociaciones, grupos y ayudas a CI y pacientes.	<b>Presentación y entrega de tríptico</b> (Anexo 7).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tríptico informativo.</li> </ul>	Percepción por parte del observador.

45´	Conocer las instituciones que benefician a los CI y pacientes en la localidad de Aranje Aranjuez.	Ayudas, actividades y propuestas.	<b>Chester / exposición oral.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Invitados.</li> <li>• Chester.</li> <li>• Papel (Anexo 7 y 8) y bolígrafos.</li> </ul>	Cuestionario de evaluación e interés percibido por el observador.
<b>DESCANSO 20´</b>					
10´	Compartir sus experiencias y capacidad de manifestación de sus sentimientos, percepciones de los CI respecto a las cuestiones que se les presenta.	Emociones, sentimientos y experiencias.	<b>Dinámica “Foto palabra”.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imágenes aleatorias.</li> <li>• Mesas colocadas en forma de tablero grande.</li> </ul>	Interés y participación percibida por el observador.
5´	Evaluar la efectividad del proyecto y despedida.	Percepción de cambios en sus vidas, capacidad de evaluar su estado mental y físico y comentarios de mejora.	<b>Cuestionario (Anexo 3) y encuesta de satisfacción (Anexo 9).</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentos impresos.</li> <li>• Tablilla para apoyarse.</li> <li>• Bolígrafos.</li> </ul>	Participación y realización del cuestionario y encuesta.

**Tabla 9.** Tercera sesión del proyecto. Elaboración Propia.

Las características de cada técnica a realizarse en la tercera sesión son:

- ⇒ **Preguntas abiertas:** “¿Qué hicimos en la anterior sesión?”. **Y realización de línea temporal:** se dibujará en la pizarra, con el objetivo de situar en contexto a los participantes.
- ⇒ **Juego del semáforo:** Tras dibujar en la pizarra la línea temporal se preguntará a los participantes sobre la utilidad de lo aprendieron. Levantarán una tarjeta dependiendo de su percepción; verde, útil o me gustó; amarillo, no lo sé; y rojo, inútil o no me gustó.
- ⇒ **Chester:** Durante 45 minutos se presentarán a invitados colaboradores de asociaciones, instituciones o grupos que colaboran en actividades didácticas y de ayuda a CI en la localidad de Aranjuez. Se entregará un folleto (Anexo 7) en la presentación para que los participantes puedan conocer el hilo de la conferencia y puedan en sus domicilios reflexionar sobre la realización de alguna actividad. A la vuelta del anexo 7, se ofrece un espacio para toma de notas (Anexo 8).

- ⇒ **Descanso:** en esta última sesión, la división del tiempo y descanso no es equitativa, esto se debe a realizar un descanso más extendido para que durante él los participantes puedan dirigirse a estos miembros de asociaciones a realizarles todas las dudas y preguntas que hayan escrito.
- ⇒ **Dinámica “Foto palabra”:** Se presentarán un total de 40 imágenes en un tablero formado por mesas, los participantes se posicionarán alrededor y deberán seleccionar una foto que responda a las preguntas que el docente les plantee.
- ⇒ **Cuestionario y encuesta de satisfacción:** Se entregará otra vez el cuestionario de la primera sesión (Anexo 3) y un nuevo cuestionario (Anexo 9), este contiene nuevas preguntas sobre gestión emocional, preguntas para evaluar la percepción de utilidad del proyecto que han tenido los CI mediante un espacio dónde los participantes puedan expresar cualquier emoción, sentimiento o mejoras para próximos talleres.

## 7. Evaluación

### 7.1 Evaluación de la estructura y del proceso educativo

Durante las sesiones estará presente el observador portador del “Guion del observador” (Anexo 10), lo que permitirá evaluar la estructura y el proceso. Consiste en una rúbrica que permitirá la valoración de:

- Correctos criterios de inclusión (edad, sexo, etc.) en los diferentes grupos.
- Tiempo empleado para cada dinámica.
- Interés, atención y participación en cada dinámica.

Además, tras finalizar de la sesión 3, se entregará a los participantes un cuestionario (Anexo 9), contiene preguntas que tratan la adecuación y mejoras sobre:

- Las fechas, horarios y longitud de las sesiones.
- Espacio y recursos materiales.
- Tamaño del grupo.
- La captación.
- Los contenidos.
- Los docentes.

## **7.2 Evaluación de resultados educativos**

### **7.2.1 Evaluación a corto plazo**

Se evaluará a corto plazo la utilidad del proyecto mediante dinámicas como la realizada al comienzo de la sesión 3 (Preguntas abiertas, línea temporal y dinámica del semáforo). Estas dinámicas permiten determinar de manera cuantitativa el nivel de contenido o descontento de los participantes. La selección de los participantes de los diferentes colores y su explicación permitirá también realizar una evaluación cualitativa.

### **7.2.2 Evaluación a medio y/o largo plazo**

Se considerará evaluación a medio plazo, la utilidad del proyecto pre-post realización de este, es decir, si existe una disminución del riesgo de cansancio del cuidador y comorbilidades. Se realizará gracias a la realización del cuestionario (Anexo 3), y evaluación en la escala Pepi (Anexo 4) en la primera sesión y entrega de este mismo cuestionario en la tercera escala, donde comprando el nivel de riesgo, se determinará la utilidad de este.

La evaluación continuada se realizará mediante un sistema de seguimiento de los participantes mediante AP, tanto durante el proceso de CP como tras el fallecimiento del paciente. Los CI que asistieron a los talleres serán incluidos en un grupo al que se realizará seguimiento telefónico semanal, además de seguir realizando las visitas a los domicilios de los pacientes. Al simultanear las consultas domiciliarias del paciente con el seguimiento telefónico del cuidador, conseguimos hacerles sentir parte importante del proceso, lo que contribuye a la prevención y control de recaídas emocionales.

Las llamadas estarán estructuradas mediante un check-list (Anexo 11) que se realizará de manera indirecta a los CI. Realizar el “check” en algunos de los campos del 1-10, nos permite evaluar cuantitativamente la necesidad de mayor o menor frecuencia de la intervención telefónica. Si se considera que el cuidador evoluciona favorablemente y tiene la puntuación correspondiente en el check-list, se propondrá al cuidador espaciar la frecuencia de las llamadas telefónicas.

Se considera la realización futura de un estudio de casos-control dónde se evaluaría la aparición de comorbilidades en CI que formaron parte del proyecto versus la incidencia de estas en aquellos que no formaron parte. Esta propuesta permitiría evaluar a largo plazo la utilidad de dicho proyecto educativo.

## Bibliografía

1. Vox. Diccionario ilustrado latín-español / español-latín. 1.<sup>a</sup> ed. renovada. Barcelona: Vox; 2024. 800 p.
2. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage*. 2002;24(2):91–6.
3. Siles J, Solano MC. A história cultural do cuidado paliativo em sociedades primitivas: uma revisão integrativa. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(4).
4. García MJ. Evolución histórica de los cuidados paliativos. Revisión bibliográfica [tesis]. Murcia: Universidad de Murcia; 2011.
5. Ramírez M. Clientela, hospitium y devotio. In: Jimeno Martínez A, editor. *Celtíberos: tras las huellas de Numancia*. Soria: Diputación Provincial de Soria; 2005. p. 279–84.
6. Del Río I, Palma DA. Cuidados paliativos: historia y desarrollo. *Bol Esc Med UC*. 2007;32(1).
7. Benítez del Rosario MA, Asensio A. Fundamentos y objetivos de los cuidados paliativos. *Aten Primaria*. 2002;29(1):50–2.
8. Gómez-Batiste X, González-Olmedo M, Durán Á. Atención paliativa de personas con enfermedades crónicas evolutivas y pronóstico de vida limitado y sus familias. Barcelona: Institut Català d'Oncologia; 2011. p. 14–15.
9. Levin DR, Taboada DP, Nervi DF. *Cuidados paliativos: guías para el manejo clínico*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998.
10. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. *Plan integral de cuidados paliativos de la Comunidad de Madrid 2017–2020*. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2019.
11. Ozdemir S, Chaudhry I, Malhotra C, Teo I, Finkelstein EA. Goals of care among patients with advanced cancer and their family caregivers in the last years of life. *JAMA Netw Open*. 2024;7(4):e245866.
12. Organización de las Naciones Unidas (ONU). *Revisión 2024 de las Perspectivas de Población Mundial*. Nueva York: ONU; 2022.
13. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). *Jornadas SECPAL 2023* [Internet]. Madrid: SECPAL; 2023 [acceso 28 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.secpal.org/events/jornadas-secpal-2023/>
14. Gardiner C, Robinson J, Connolly M, Hulme C, Kang K, Rowland C, et al. Equity and the financial costs of informal caregiving in palliative care: a critical debate. *BMC Palliat Care*. 2020;19:71.

15. Matute F. Orden 247/2024, de 27 de enero, de la Consejería de Sanidad, por la que se aprueba el Plan Estratégico de Subvenciones 2024 de la Comunidad de Madrid. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid. 2024;(22): texto orden.
16. Aguilar O, Bayón IC, Fernández AL, Regadera M. ¿La intervención de atención primaria influye en el lugar de fallecimiento de los pacientes en un programa de cuidados paliativos? *Aten Primaria*. 2021;53(8):102063.
17. Calvó-Perxas L, Vilalta-Franch J, Litwin H, Turró-Garriga O, Mira P, Garre-Olmo J. What seems to matter in public policy and the health of informal caregivers? A cross-sectional study in 12 European countries. *PLoS One*. 2018;13(3):e0194232.
18. Adashek JJ, Subbiah IM. Caring for the caregiver: a systematic review characterising the experience of caregivers of older adults with advanced cancers. *ESMO Open*. 2020;5(5).
19. Fenton ATHR, Keating NL, Ornstein KA, Kent EE, Litzelman K, Rowland JH, et al. Comparing adult-child and spousal caregiver burden and potential contributors. *Cancer*. 2022;128(10):2015–24.
20. Lei L, Gerlach LB, Powell VD, Maust DT. Caregiver support and place of death among older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2021;69(5):1221–30.
21. McCauley R, Ryan K, McQuillan R, Foley G. Mutual support between patients and family caregivers in palliative care: a qualitative study. *Palliat Med*. 2023;37(10):1520–8.
22. Zhang X, Xu T, Qin Y, Wang M, Li Z, Song J, et al. Exploring the needs and coping strategies of family caregivers taking care of dying patients at home: a field study. *BMC Palliat Care*. 2023;22(1):196.
23. Lilleheie I, Debesay J, Bye A, Bergland A. The tension between carrying a burden and feeling like a burden: a qualitative study of informal caregivers' and care recipients' experiences after patient discharge from hospital. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2021;16(1):1855751.
24. Alam S, Hannon B, Zimmermann C. Palliative care for family caregivers. *J Clin Oncol*. 2020;38(9).
25. Cruz Roja Española. Tarea: servicios para cuidadores. Dependencias. Servicios cuidadores [Internet]. Madrid: Cruz Roja; 2016 [acceso 25 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.cruzroja.es/dependencias/ServiciosCuidadores.html>
26. Ayuntamiento de Madrid. Cuidar a quienes cuidan: recursos, blogs y redes sociales para cuidadores [Internet]. Madrid: Ayuntamiento de Madrid; [acceso 25 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Mayores/Cuidar-a-quienes->

[cuidan/?vgnnextfmt=default&vgnextoid=aba64d2f5f73e510VgnVCM1000001d4a900aRCRD&vgnnextchannel=cf30b7dd3f7fe410VgnVCM1000000b205a0aRCRD&idCapitulo=10475271](https://www.redpal.es/roberto-alvarez-psicologo-el-duelo-es-el-precio-que-se-paga-por-amar/)

27. Álvarez R. El duelo es el precio que se paga por amar [Internet]. Red de Cuidados Paliativos; 2019 [acceso 18 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.redpal.es/roberto-alvarez-psicologo-el-duelo-es-el-precio-que-se-paga-por-amar/>
28. Cabodevilla I. Las pérdidas y sus duelos. *An Sist Sanit Navar*. 2007;13(3):163–76.
29. Kübler-Ross E. Sobre el duelo y el dolor. 14ª ed. Barcelona: Ediciones Luciérnaga; 2006.
30. Luna M, Hamana ZL, Colmenares YC, Maestre CA. Ansiedad y depresión. *Arch Venez Farmacol Ter*. 2001;20(2):111–22.
31. Jeon SY, Yang HW, Son BR, Baek J, Kim JL. Caregiving-related depression increases neuroinflammation in spousal caregivers to individuals with cognitive impairment: a longitudinal study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2024;79(11):glae235.
32. Donath C, Luttenberger K, Graessel E, Scheel J, Pendergrass A, Behrnt E. Can brief telephone interventions reduce caregiver burden and depression in caregivers of people with cognitive impairment? Long-term results of the German day-care study (RCT). *BMC Geriatr*. 2019;19(1):196.
33. Alba FS. El coste anual de cada enfermo de Alzheimer en España se sitúa en 24.000 euros, de los cuales las familias asumen el 87% [Internet]. 2024; [acceso 23 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://economiadelasalud.com/topics/difusion/el-coste-anual-de-cada-enfermo-de-alzheimer-en-espana-se-situa-en-24-000-euros-de-los-cuales-las-familias-asumen-el-87/>
34. Pun J, Chow JCH, Fok L, Cheung KM. Role of patients' family members in end-of-life communication: an integrative review. *BMJ Open*. 2023;13(2):e067304.
35. Pascual López L, Colomar Martínez JL. [Analysis of the care received by patients with advanced chronic disease in the primary care setting]. *Aten Primaria*. 2022;54(4):102306.
36. Wittenberg E, Xu J, Goldsmith J, Mendoza Y. Caregiver communication about cancer: development of a mHealth resource to support family caregiver communication burden. *Psychooncology*. 2019;28(2):365–71.

## **Anexos**

## Anexo 1. Tríptico captación.



### Una noticia

Hará unas horas o días que has recibido una noticia la cual quizá prevenías pero no te imaginabas que podían darte.

Sabemos que esta situación, te está afectando, doliendo y sobretodo ahora que volvéis a casa, tienes miedo.

Vamos a acompañarte, ayudarte y a **no dejarte solo.**

### Apoyo a familias en Cuidados Paliativos

Desde Gestión Asistencial, te ofrecemos **conocimientos** y **ayudas** para tí.



+34 918 09 01 17  
Centro de salud, Las Olivas  
en PASEO DEL DELEITE, 30

¿Cómo podemos conocernos?



En breves, la enfermera de tu centro comenzará las **visitas domiciliarias** para cuidar de su familiar y saber cómo te encuentras.

Puedes apuntarte a este seminario / taller llamando al **teléfono del centro de salud** o asistiendo en persona, la enfermera concertará contigo una consulta dónde podrás resolver todas tus dudas.



### Qué aprenderás

Aprenderás principalmente:

- Los mitos y leyendas sobre los **cuidados paliativos**.
- Cómo **cuidar** a tu familiar.
  - Cómo manejar el dolor de tu familiar.
  - Cómo manejar situaciones de agonía.
  - Acceso a ayudas económicas para camas articuladas o sillas de ruedas.
  - Cómo utilizar los dispositivos que necesitará tú familiar.
- Cómo **cuidarte** a tí mismo.

### Otros recursos

Estarás en un espacio **seguro y de confianza** donde expresar tus miedos y preguntas.

Conocerás a otros cuidadores como tú porque **no estas solo.**

Dispondrás de **ayuda emocional y social.**

+34 918 09 01 17  
Centro de salud, Las Olivas  
en PASEO DEL DELEITE, 30



### Estamos con vosotros



## Anexo 2. Formulario inscripción a talleres.

FORMULARIO A CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES RECIBIDORES DE CUIDADOS PALIATIVOS			
Apellidos, Nombre	<input type="text"/>	NHC	<input type="text"/>
Sexo	<input type="text"/>	Teléfono y datos de contacto	
Edad	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
¿Conoce a alguien que haya recibido cuidados paliativos?			
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="text"/> (Si) Experiencia y conocimientos	
Lazo afectivo / social con paciente.			
<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Suegro	<input type="checkbox"/> Cuñada	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Suegra	<input type="checkbox"/> Cónyuge	
<input type="checkbox"/> Hermano/a	<input type="checkbox"/> Cuñado	<input type="checkbox"/> Amigo/a	
¿El cuidador convive con el paciente?			
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="text"/> (No) Frecuencia de visitas, tiempo empleado (en horas) a la semana.	
¿El paciente tiene más cuidadores informales?			
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="text"/> (Si) Quiénes y disponibilidad de acudir.	
Cuidados del paciente.			
<input type="checkbox"/> Paciente con riesgo de caída.	<input type="checkbox"/> Paciente con SV.		
<input type="checkbox"/> Paciente encamado.	<input type="checkbox"/> Paciente con SNG.		
<input type="checkbox"/> Paciente diabético.	<input type="checkbox"/> Paciente con UPP.		
<input type="checkbox"/> Paciente con deterioro cognitivo leve.	<input type="checkbox"/> Paciente con ostomías.		
<input type="checkbox"/> Paciente con deterioro cognitivo moderado.	<input type="checkbox"/> Paciente con oxigenoterapia.		
<input type="checkbox"/> Paciente con deterioro cognitivo grave.	<input type="checkbox"/> Paciente con bomba de infusión.		
<input type="checkbox"/> Paciente diabético.	<input type="checkbox"/> Paciente con resistencia a ATB. Sepsis no reaccionaria.		
<input type="checkbox"/> Paciente con heridas neoplásicas.	<input type="checkbox"/> Paciente con bomba de infusión.		
Disponibilidad para SESIÓN 1	<input type="checkbox"/> Lunes 10:00-11:40	<input type="checkbox"/> Martes 16:00-17:40	
Disponibilidad para SESIÓN 2	<input type="checkbox"/> Jueves 10:00-11:40	<input type="checkbox"/> Viérnes 16:00-17:40	
Disponibilidad para SESIÓN 3	<input type="checkbox"/> Lunes 10:00-11:40	<input type="checkbox"/> Martes 16:00-17:40	

## Anexo 3. Cuestionario comienzo sesión 1.

### Cuestionario comienzo SESIÓN 1

Apellidos, Nombre  Fecha

**Toda la información que usted nos proporcione será tratada de manera estrictamente confidencial.**

**Marque con una "X" la respuesta que más se adapte a su situación.**

1. ¿Actualmente se encuentra trabajando?  No  Sí, menos de 15 horas semanales.  Sí, entre 15 y 35 horas semanales.  Sí, más de 35 horas semanales.
2. ¿Actualmente tiene ingresos?  No  Sí, nómina.  Sí, paro /subsidio.  Sí, pensión.
2. ¿Conoce o ha conocido alguien que haya recibido cuidados paliativos?  No  Sí.

**Marque con una "X" la respuesta que más se adapte a su creencia, siendo progresivamente 0 no estoy de acuerdo, 1 un poco en desacuerdo, 2 no lo sé, 3 estoy un poco en acuerdo y 4 muy de acuerdo.**

- |   | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Los cuidados paliativos adelantan la muerte.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Los cuidados paliativos tratan solo al enfermo.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Su familiar (el paciente) desconoce de su estado de salud.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Su familiar (el paciente) desconoce de encontrarse en cuidados paliativos.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Usted siente miedo o angustia.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Usted siente tristeza absoluta.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Usted NO se encuentra tranquilo.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Usted desconoce cómo debe atender a su familiar (cura de heridas, manejo de sondas, manejo de medicación, toma de constantes etc). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Usted NO es creyente.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**A continuación vamos a hablar de usted, marque con una "X" tantas opciones cómo se refieran a usted.**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Toma medicación para dormir.                 | <input type="checkbox"/> Toma medicación anticoagulante.            |
| <input type="checkbox"/> Toma medicación para ansiedad.               | <input type="checkbox"/> Toma medicación para el dolor crónico.     |
| <input type="checkbox"/> Toma medicación para depresión.              | <input type="checkbox"/> Tiene algún tratamiento oncológico         |
| <input type="checkbox"/> Toma medicación para la tensión.             | <input type="checkbox"/> Toma otra medicación: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Toma medicación para "el azúcar" / diabetes. |   |
| <input type="checkbox"/> Toma medicación para el colesterol.          |   |

## Anexo 4. Escala “Pepi”.

### ESCALA PEPI. EVALUACIÓN DE RIESGO CANSANCIO DEL CUIDADOR Y COMORBILIDADES.

Apellidos, Nombre

Fecha

#### BLOQUE 1. AREA SOCIAL

CUESTIÓN	0 PUNTOS	+1 PUNTO	+2 PUNTOS	PUNTOS POR CUESTIÓN
¿Actualmente se encuentra trabajando?	“Sí, entre 15 y 35 h semanales”	“Sí, más de 35 horas semanales”	“NO” ó “Sí, más de 35 horas semanales”	.....PUNTOS
¿Actualmente tiene ingresos?	“Sí, nómina” ó “Sí, pensión”	“Sí, paro o subsidio”	NO	.....PUNTOS
¿Conoce o ha conocido a alguien que haya recibido cuidados paliativos?	SÍ		NO	.....PUNTOS
¿Su familiar tiene más cuidadores?	SÍ		NO	.....PUNTOS
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>				<b>.....PUNTOS</b>

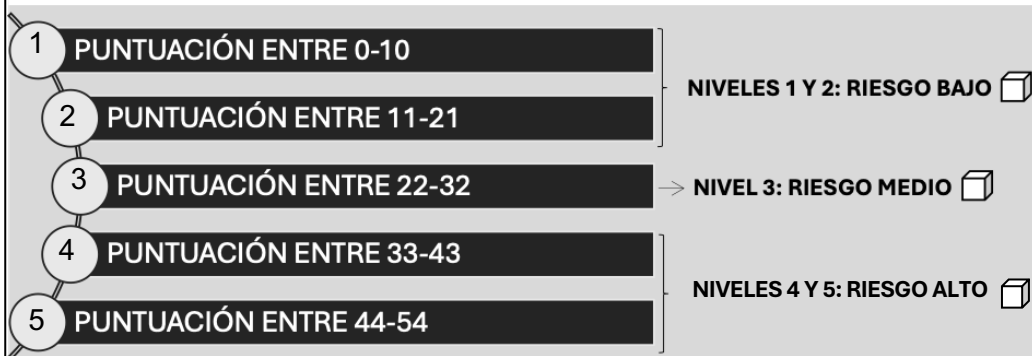
#### BLOQUE 2. AREA COGNITIVA Y AFECTIVA

CUESTIÓN	0 PUNTOS	+1 PUNTO	+2 PUNTOS	+3 PUNTOS	+4 PUNTOS	PUNTOS POR CUESTIÓN
Los cuidados paliativos adelantan la muerte.	0	1	2	3	4	.....PUNTOS
Los cuidados paliativos tratan solo al enfermo.	0	1	2	3	4	.....PUNTOS
Su familiar desconoce su estado de salud.	0	1	2	3	4	.....PUNTOS
Su familiar desconoce de encontrarse en cuidados paliativos.	0	1	2	3	4	.....PUNTOS
Usted siente miedo o angustia.	0	1	2	3	4	.....PUNTOS
Usted siente tristeza absoluta.	0	1	2	3	4	.....PUNTOS
Usted NO se encuentra tranquilo.	0	1	2	3	4	.....PUNTOS
Usted desconoce cómo debe atender a su familiar.	0	1	2	3	4	.....PUNTOS
Usted NO es creyente.	0	1	2	3	4	.....PUNTOS
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>						<b>.....PUNTOS</b>

#### BLOQUE 3. AREA ESTADO VITAL

Se sumará + 1 punto por cada cuestión marcada con una “x”. **PUNTUACIÓN TOTAL** .....PUNTOS

**PUNTUACIÓN FINAL:**



Anexo 5. Carteles “Verdadero-Falso”



## Anexo 6. Manual básico del cuidador.

Gerencia Asistencial de Atención Primaria

### HIGIENE Y CUIDADO DE LA PIEL

**important**

1. Secar la piel a toques después de la ducha.
2. Aplicar crema hidratante en todo el cuerpo.
3. Si comienza a aparecer rojeces en talones, codos, espalda etc aplicar ácidos grasos (CONSULTAR CON SU ENFERMERA).
4. Si comienza a tener rojeces en zona del pañal aplicar óxido de zinc (CONSULTAR CON SU ENFERMERA).
5. Si aparecen heridas, AVISAR A SU ENFERMERA.
6. Colocar almohadas en puntos dónde la piel esté apoyada sobre superficies.

Corpitol = ácidos grasos

Amniolina = Óxido de zinc

### SONDA NASOGÁSTRICA / PEG

1. Lavarse las manos.
2. Aspirar de la sonda, si sale contenido gástrico, todo correcto. Si no, CONSULTAR CON SU ENFERMERA.
3. Conectar el sistema de alimentación a la sonda.
4. Graduar el goteo a 60 gotas por minuto aproximadamente.
5. Cuando finalice, introducir 50-100 ml de agua para evitar obstrucciones.

**CONSULTAR CON SU ENFERMERA EN CASO DE...**

- Fugas por el orificio.
- No salida de contenido gástrico.
- No pasa la alimentación.

### CAMBIO BOLSA DE SONDA VESICAL

1. Apretar la sonda para que no salga orina.
2. Retirar la bolsa sin tirar de la sonda.
3. Poner bolsa nueva.
4. Apuntar cantidad de orina que hay en la bolsa.
5. Dejar de apretar la sonda vesical.

### CAMBIO BOLSA DE COLOSTOMÍA

1. Lavarse las manos.
2. Retirar la bolsa sin tirar del estoma.
3. Limpiar el estoma como "si fuese un culo", se retiran las heces, se lava con agua- jabón y se seca a toques.
4. Pegamos la bolsa nueva.
5. Observar fugas.

Gerencia Asistencial de Atención Primaria

### LA TENSIÓN

"Manguito" se pone en el brazo del paciente.

TAS = "La alta"

TAD = "La baja"

Botón de comienzo

Gerencia Asistencial de Atención Primaria

### OXÍGENO Y LATIDOS

Meter el dedo / lóbulo de la oreja aquí, con la pantalla hacia arriba.

SpO2 % = "El oxígeno"

LPM / FC = "Latidos"

Botón de comienzo

Gerencia Asistencial de Atención Primaria

### TEMPERATURA

Botón de encendido.

Valor de temperatura

Colocar en axila del paciente.

Gerencia Asistencial de Atención Primaria

### AZUCAR

1. Introducir la tira en el lector
2. Pinchamos el dedo
  - 2.1 Quitamos plástico amarillo y ponemos la yema del dedo.
  - 2.2 Apretamos hasta escuchar "click".
3. Recoger gota de sangre

Parte del sensor dentro del lector

Parte naranja recoge la gota de sangre

Valor del azúcar

Gerencia Asistencial de Atención Primaria

### MÁQUINA DE OXÍGENO

Colocar en orificios nasales del paciente

Conector de las gafas nasales

Botón de encendido

Regulador de oxígeno

Toma de corriente

Gerencia Asistencial de Atención Primaria

### AYUDAS EMOCIONALES

Te presentamos algunas actividades que pueden ayudar emocionalmente a tu familiar y a tí.

1. Hablar sobre la situación, no realizar pactos de silencio.
2. Preguntarle sobre cómo se siente cuando estáis juntos.
3. Reproducir música de la que disfrutéis.
4. Mantener contacto físico, caricias, besos, abrazos etc.
5. Proponerle actividades adaptadas que podáis realizar.
6. Leerle libros que os gusten.
7. Realizar masajes en zonas de dolor.
8. Visualizar fotografías y recuerdos.

## Anexo 7. Folleto Chester: Instituciones y grupos que os ayudan.

# CHESTER: INSTITUCIONES Y GRUPOS QUE OS AYUDAN

Organizaciones, servicios, instituciones o grupos de la comunidad de Madrid y Aranjuez.

Se encuentran en C.S Las Olivas. Avenida del Deleite, 30.

PSICÓLOGA Y TRABAJADOR SOCIAL

- Tramitación de leyes dependencia.
- Gestión de recursos (transporte sanitario, medicamentos, ayudas a compra de camas articuladas, sillas de ruedas etc)
- Orientación y acompañamiento.
- Terapia psicológica individual, familiar y grupal.



Carmen del Álamo (Psicóloga) y Juan García (Trabajador social)



Raúl Huerta (Gestor de recursos Cruz Roja)

SERVICIO CRUZ ROJA

Se encuentran en: C/San Pedro, 19.

- Respiros familiares.
- Grupos de formación a familiares.
- Grupos de apoyo.
- Proyecto "Te acompaña".
- Servicios "MUSICACUIDA", "SALA DE CINE", "LIBROS RECOMENDADOS".

Se encuentran en: C/San Antonio N° 41.



Carlos Domingo (Miembro de Casa Andalucía)

CASA DE ANDALUCÍA

- Coro rociero.
- Clases de flamenco, sevillanas y bailes latinos.
- Clases de castañuelas, palmas y cajón.
- Eventos como festejos en fin de semanas (paelladas).
- Viajes y excursiones.
- Feria de abril en Sevilla y Aranjuez.
- Actuaciones

MOTO GRUPO RIBEREÑOS

Se encuentran en: C/camino de Noblejas 133.

- Rutas fin de semana completo.
- Rutas de día en fin de semana.
- Comidas (Barbacoas, paelladas etc).
- Quedadas con el club y otros clubs.
- Conciertos.
- Papanoeladas navideñas.



Sergio Camaño (Miembro de Moto Grupo Ribereños).

Se encuentran en: C. del Capitán Angosto Gómez Castrillón, 84.



Blanca Madrigal (Directora y profesora de MAGIC).

MAGIC (MADRID GASTRONOMIC INTERNATIONAL CENTER)

- Cursos continuos de cocina.
- Talleres de pasta fresca, pizzas y focachas.
- Talleres de torrijas, tartas y repostería.
- Talleres de arroces melosos, paellas y risotos.
- Talleres sobre recetas con alimentos de la Huerta de Aranjuez.

OFERTA AYUNTAMIENTO CENTRO CULTURAL

Se encuentran en: C. del Capitán Angosto Gómez Castrillón, 39.

- Clases de bailes de salón.
- Clases de idiomas (inglés, francés e italiano).
- Clases musicales piano, guitarra etc.
- Exposiciones.
- Quedadas cinéfilas y teatrales.



Margarita López (Concejala de Juventud, Cultura y Tiempo Libre).

CENTRO CULTURAL DE PESCA

Se encuentran en: C. de la Reina, 16.

- Maraton de pesca.
- Pesca en familia.
- Cenas y comidas de grupo.
- Torneos y campeonatos.
- Viajes y excursiones.



Candelo Ruiz (Miembro de Centro Cultural de Pesca)

Merche Jimenez (Miembro de ACADA)




ASOCIACIÓN CULTURAL AMOTINADOS ARANJUEZ (ACADA)

- Preparación, manualidades atrezzo "El Motin" y carnaval Aranjuez.
- Participación en eventos y exposiciones.
- Bailes y actuaciones Goyescas.
- Actuación en series y filmes.
- Comidas y celebraciones.





## Anexo 9. Encuesta satisfacción.

Fecha <input type="text"/>	
<h3>Encuesta satisfacción</h3>	
<p>Esta encuesta es completamente <b>anónima</b>. Por favor, responda con <b>sinceridad</b> las siguientes preguntas sobre el curso para ayudarnos a mejorar la calidad de nuestra oferta formativa.</p>	
<b>Fechas y horarios de las sesiones. Marque con una "X" la respuesta que más se adapte a su opinión.</b>	
1. ¿Las fechas y horarios de las sesiones fueron adecuados para tí? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parcialmente.	
2. ¿Hubo algún inconveniente relacionado con las fechas o los horarios? (Espacio para comentarios).	
<input type="text"/>	
<b>Longitud de las sesiones. Marque con una "X" la respuesta que más se adapte a su opinión.</b>	
1. ¿Consideras que la duración de las sesiones fue la adecuada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parcialmente.	
2. Si no, ¿qué cambios sugerirías en la duración de las sesiones? (Espacio para comentarios).	
<input type="text"/>	
<b>Espacio y recursos materiales. Marque con una "X" la respuesta que más se adapte a su opinión.</b>	
1. ¿El espacio donde se realizó la actividad fue adecuado para las necesidades del curso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parcialmente.	
2. ¿Los recursos materiales (material didáctico, tecnología, equipos, folletos, etc) fueron suficientes y apropiados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parcialmente.	
3. Comentarios adicionales sobre el espacio y los recursos materiales (Espacio para comentarios).	
<input type="text"/>	
<b>Longitud de las sesiones. Marque con una "X" la respuesta que más se adapte a su opinión.</b>	
1. ¿El tamaño del grupo fue adecuado para un buen desarrollo del curso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parcialmente.	
2. ¿Qué opinas sobre la interacción dentro del grupo debido al tamaño? (Espacio para comentarios).	
<input type="text"/>	
<b>Captación (información sobre el curso y su promoción). Marque con una "X" la respuesta que más se adapte.</b>	
1. ¿La información proporcionada sobre el curso/actividad antes de su inicio fue clara y suficiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parcialmente.	
2. ¿Consideras que la promoción del curso fue adecuada para captar tu interés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parcialmente.	
3. Comentarios sobre la captación del curso (Espacio para comentarios).	
<input type="text"/>	

**Contenidos del curso. Marque con una "X" la respuesta que más se adapte a su opinión.**

1. ¿Los contenidos del curso fueron pertinentes y cubrieron tus expectativas?  Sí  No  Parcialmente.
2. ¿Consideras que las actividades propuestas (dinámicas, juegos, interacciones) fueron útiles para aprender?  Sí  No  Parcialmente.
3. ¿Hay algún contenido que consideras que debería haberse incluido o eliminado? (Espacio para comentarios).

**Los docentes. Marque con una "X" la respuesta que más se adapte a su opinión.**

1. ¿Los docentes mostraron conocimiento y dominio de los contenidos?  Sí  No  Parcialmente.
2. ¿La metodología utilizada por los docentes fue adecuada para el aprendizaje?  Sí  No  Parcialmente.
3. Comentarios adicionales sobre los docentes (Espacio para comentarios).

**Participación. Marque con una "X" la respuesta que más se adapte a su opinión.**

1. ¿Te sentiste invitado/a a participar activamente durante el proyecto?  Sí  No  Parcialmente.
2. ¿La actividad fomentó la interacción entre los participantes?  Sí  No  Parcialmente.
3. ¿Las preguntas y respuestas fueron gestionadas de manera efectiva por los organizadores?  Sí  No  Parcialmente.
4. Comentarios sobre la participación del público (Espacio para comentarios).

**Impacto y resultados esperados. Marque con una "X" la respuesta que más se adapte a su opinión.**

1. ¿Crees que el proyecto logró sus objetivos de educar al público sobre el tema?  Sí  No  Parcialmente.
2. ¿Consideras que la información recibida cambiará tu comportamiento o el de la comunidad hacia la salud?  Sí  No  No estoy segur@
3. ¿Qué aspectos del proyecto consideras que fueron más efectivos e inútiles para lograr los resultados esperados? (Espacio para comentarios).

**Muchas gracias por su tiempo.**

## Anexo 10. Guion del espectador.

Gerencia Asistencial de  
Atención Primaria

### GUIÓN DEL ESPECTADOR. SESIÓN \_\_\_\_\_.

Grupo y turno:  Fecha:

**Dinámica:**  **Observador:**  **Ponente:**

- ¿El tiempo planeado fue ..... respecto al empleado?  Correcto  Excesivo  Insuficiente
- ¿Los participantes mostraron interés?  Sí  No  Parcialmente
- ¿Los participantes participaron?  Sí  No  Parcialmente
- Comentarios de mejora y observaciones.

**Dinámica:**  **Observador:**  **Ponente:**

- ¿El tiempo planeado fue ..... respecto al empleado?  Correcto  Excesivo  Insuficiente
- ¿Los participantes mostraron interés?  Sí  No  Parcialmente
- ¿Los participantes participaron?  Sí  No  Parcialmente
- Comentarios de mejora y observaciones.

**Dinámica:**  **Observador:**  **Ponente:**

- ¿El tiempo planeado fue ..... respecto al empleado?  Correcto  Excesivo  Insuficiente
- ¿Los participantes mostraron interés?  Sí  No  Parcialmente
- ¿Los participantes participaron?  Sí  No  Parcialmente
- Comentarios de mejora y observaciones.

**Dinámica:**  **Observador:**  **Ponente:**

- ¿El tiempo planeado fue ..... respecto al empleado?  Correcto  Excesivo  Insuficiente
- ¿Los participantes mostraron interés?  Sí  No  Parcialmente
- ¿Los participantes participaron?  Sí  No  Parcialmente
- Comentarios de mejora y observaciones.



## GUIÓN DEL ESPECTADOR. SESIÓN \_\_\_\_\_.

**Dinámica:**  **Observador:**  **Ponente:**

1. ¿El tiempo planeado fue ..... respecto al empleado?  Correcto  Excesivo  Insuficiente
2. ¿Los participantes mostraron interés?  Sí  No  Parcialmente
3. ¿Los participantes participaron?  Sí  No  Parcialmente
4. Comentarios de mejora y observaciones.

**Dinámica:**  **Observador:**  **Ponente:**

1. ¿El tiempo planeado fue ..... respecto al empleado?  Correcto  Excesivo  Insuficiente
2. ¿Los participantes mostraron interés?  Sí  No  Parcialmente
3. ¿Los participantes participaron?  Sí  No  Parcialmente
4. Comentarios de mejora y observaciones.

**Dinámica:**  **Observador:**  **Ponente:**

1. ¿El tiempo planeado fue ..... respecto al empleado?  Correcto  Excesivo  Insuficiente
2. ¿Los participantes mostraron interés?  Sí  No  Parcialmente
3. ¿Los participantes participaron?  Sí  No  Parcialmente
4. Comentarios de mejora y observaciones.

**Dinámica:**  **Observador:**  **Ponente:**

1. ¿El tiempo planeado fue ..... respecto al empleado?  Correcto  Excesivo  Insuficiente
2. ¿Los participantes mostraron interés?  Sí  No  Parcialmente
3. ¿Los participantes participaron?  Sí  No  Parcialmente
4. Comentarios de mejora y observaciones.

## Anexo 11. Check-list: Atención a cuidadores informales.

# CHECKLIST: ATENCIÓN A CUIDADORES INFORMALES

NOMBRE Y NHC:  FECHA:

Nº	OBSERVACIONES	<input checked="" type="checkbox"/>
1	CI está <b>receptivo</b> ante la llamada.	<input type="checkbox"/>
2	CI expresa <b>sentimientos y emociones</b> .	<input type="checkbox"/>
3	CI pregunta sobre <b>dudas o cuestiones</b> .	<input type="checkbox"/>
4	CI expresa <b>miedos e inseguridades</b> .	<input type="checkbox"/>
5	CI expresa avances en la <b>calidad del sueño</b> .	<input type="checkbox"/>
6	CI expresa <b>avances positivos emocionales</b> o de su vida.	<input type="checkbox"/>
7	CI expresa haber realización <b>hobbies o actividades de ocio</b> .	<input type="checkbox"/>
8	CI refiere más <b>tranquilidad</b> que antes sobre su situación actual.	<input type="checkbox"/>
9	CI comunica <b>satisfacción</b> ante su situación actual.	<input type="checkbox"/>
10	CI percibe positivamente que necesita <b>menos frecuencia</b> de llamadas.	<input type="checkbox"/>

### PERCEPCIONES Y ANOTACIONES: