

PROYECTO DE SERVICIO DEL HOSPITAL GUADARRAMA: “ESCUELA DE CUIDADORES”

GUIA METODOLOGICA DE LA ESCUELA DE CUIDADORES



DOCUMENTO INICIAL: ENERO DE 2011

Aprobado por la comisión de dirección en febrero 2011

Revisado junio 2014

Autoría del Proyecto:

Carmen Ferrer Arnedo. Gerente del Hospital Guadarrama



Publicación del Plan de Publicaciones de la Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. SERMAS. Hospital Guadarrama.

Nº 07-pu-0088.3/2014



Equipo de Proyecto:

Autoría del Proyecto:

Carmen Ferrer Arnedo. Gerente del Hospital Guadarrama

Dirección Operativa:

Rosa M. Salazar de la Guerra. Directora Enfermera y Responsable de Calidad

Responsables de desarrollo:

Zaira Villa Benayas. Enfermera Entrenadora Turno de tarde.

Elena Vidal Carmona. Jefe de Unidad de enfermería, Turno de tarde

Enfermeras Tutoras/Entrenadoras:

- Mar Briones Clar
- Juan Antonio Espinosa Sánchez
- Pilar Fernández Guijarro
- David Fondón Parra
- Maria Huerta Ruiz
- Zaira Villa Benayas

Enfermeras colaboradoras:

- Cristina Chacón Barcaeztegui
- David Martín Gil

1. PRESENTACIÓN:

Cuidar es una acción compleja que comprende tareas de distintos tipos: básicas (compras, cocinar, ropa, limpieza, traslados, gestiones), cuidado personal (alimentación, aseo, vestido, movilidad), cuidados especializados (medicación, curas, rehabilitación, acompañar), cuidado emocional (escucha, dar cariño, consolar, animar, compañía), cuidado relacional (entretenimiento, dar conversación, ayuda a tareas escolares u otras, favorecer relaciones sociales), cuidado del ambiente (adecuar la casa), cuidados de gestión (supervisión, vigilancia, control y gestión responsabilidad)

La mayoría de las personas hemos ejercido el rol de cuidador en algún momento: cuidamos cada día, a nuestras hijas e hijos, amistades, pareja, a nuestros mayores y a nosotros mismos. **Cuidamos y nos cuidan y estos cuidados además están enmarcados dentro de lo que son los cuidados humanos, como aquellos que se apoyan en una base relacional.**

Cada vez existe un mayor número de personas que necesitan ayuda y sabemos la gran cantidad de dificultades con las que las personas dependientes y sus familias se encuentran cuando necesitan algunos tipos de cuidados, básicamente tras sufrir algún tipo de enfermedad o de problema de salud que requiere algo más que cuidados básicos de sustitución para cubrir necesidades básicas.

Los cuidados básicos de sustitución de la vida cotidiana los realizan las propias personas y cuando estas no pueden, su agencia de dependencia, llevada a cabo por los cuidadores informales. Frecuentemente estos son realizados por una única persona que se define como "la cuidadora principal" y este papel es asumido en su mayor parte por las mujeres, dado que la función de cuidar, de atender la salud de las personas de la familia que lo necesitan, está asociada claramente a un rol de género y conlleva una falta de reconocimiento social. Se trata de una actividad poco reconocida, el cuidado es prestado en virtud de las relaciones afectivas y pertenece por tanto al terreno de lo privado. Se desarrolla en el ámbito doméstico y como tal queda oculto a la comunidad.

El coste que asumen las mujeres en sus vidas por el hecho de ser cuidadoras es elevado en términos de salud, calidad de vida, y desarrollo profesional, relaciones sociales, disponibilidad de tiempo propio y repercusiones económicas.

Quienes cuidan son personas que prestan diversos tipos de cuidados, de sustitución total, cuidados complementarios, relacionales y afectivos....Pero hoy en día sabemos que existen dificultades en el abordaje de estos cuidados cuando se plantean las necesidades de cuidados ante la dependencia y la fragilidad de las personas.

Estas dificultades se observan en el medio comunitario cuando las enfermeras atienden a los pacientes en su domicilio por encontrarse inmovilizados o en situación terminal y mas quizás se agrava cuando el paciente vuelve a casa después de una estancia hospitalaria , en ese momento, se presentan problemas de abordaje de los cuidados dado que aunque el paciente tiene el apoyo de un cuidador profesional, las enfermeras comunitarias, su disponibilidad no alcanza la sustitución ni puede ser de veinticuatro horas al día como es en el medio hospitalario. Las dificultades entonces aparecen para los cuidadores en parte por el cambio en la complejidad de las necesidades y también por la ausencia de participación de los cuidadores y los pacientes en la planificación a medio y largo plazo con los profesionales de enfermería responsables de la atención, en consecuencia, aparece el riesgo de claudicación del cuidador por no poder controlar la incertidumbre que genera la dependencia del cuidado de otro.

Se presentan entonces consecuencias negativas para la salud física y psíquica de los cuidadores por déficit para afrontar la nueva situación, por problemas de adaptación, por ausencia de conocimiento o voluntad, y también e genera riesgos en la seguridad de los pacientes en el desarrollo de una vida cotidiana confortable y adaptada tanto para las personas dependientes como para sus cuidadores.

Es por ello todo ello que se plantea la urgente necesidad de desarrollar y potenciar iniciativas que ayuden al colectivo de los cuidadores y que tienen que ver con trabajar con ellos en su empoderamiento para que realmente se aborden los problemas de una manera real y continua.

Existen muchas iniciativas desde el medio comunitario y desde el medio social para trabajar con los cuidadores, muchos proyectos se plantean desde el enfoque del “cuidar a los cuidadores” y se utilizan herramientas para mejores el conocimiento de los cuidadores o se plantean estrategias de educación para la salud tipo “talleres de cuidadores” a fin de apoyar a los cuidadores en su tarea y que se consiga de esta manera prevenir el riesgo o el cansancio del desempeño del rol de cuidador.

Sin embargo, nuestro proyecto plantea otro enfoque complementario, la idea de que los cuidadores se afiancen en el ejercicio de su rol de cuidadores en el medio hospitalario, donde se genera la posibilidad de adquirir herramientas de cuidado a través del entrenamiento de los profesionales del cuidado, el personal de enfermería, allí donde los pacientes ingresan porque su nivel de dependencia de cuidados profesionales que les obliga a permanecer en un hospital bajo la tutela y el cuidado de los cuidadores profesionales del sistema sanitario que son las enfermeras y los enfermeros profesionales. En nuestro caso con mayor carga de posibilidad dado que el hospital Guadarrama, es un hospital de media estancia, donde los pacientes permanecen tiempos prolongados lo que puede permitir desarrollar un proceso de aprendizaje completo en lo que se refiere a la adquisición de conocimiento, habilidades y actitudes desde el modelamiento y bajo la supervisión de un entrenador personal, la enfermera tutora.

Estas son las razones por las que en el año 2011 se pone en marcha la “Escuela de Cuidadores” que tiene como objetivo adiestrar a aquellas personas que se harán cargo de los pacientes dependientes cuando sean dados de alta. Esta escuela tiene como objetivo no solo trabajar con la agencia de dependencia sino mantener implicado al propio paciente en su autocuidado y buscar alternativas personalizadas para que su entorno genere seguridad en el desarrollo de cuidados básicos y de salud.

Se trata de un proyecto educativo y de empoderamiento de cuidadores y los pacientes a fin de que tengan las suficientes destrezas, conocimiento y habilidades que les permita afrontar su tarea desde la prevención del cansancio del cuidador o la claudicación, propiciando estrategias de autogestión que les supongan entornos seguros y confortables.

El hospital ya tiene experiencias relativas a la información y la educación con el taller organizado para los familiares de pacientes con Ictus, experiencia que se comenzó a finales del año 2010 y con la que hemos obtenido resultados satisfactorios. Sin embargo, sabemos que no solo la información es suficiente, ni siquiera el trabajo en talleres específicos, nuestra acción se basará en trabajar la estrategia del aprendizaje personalizado y adaptado a la persona y su entorno mediante la asignación de una **enfermera tutora** en el rol de entrenadora con quien se trabajará los déficit, se realizará en planteamiento del plan de aprendizaje y se evaluará el seguimiento de los avances alcanzados y se planteará nuevos objetivos a lo largo de la estancia en el hospital y se planificará el alta buscando la coordinación con la enfermería de AP.

Este nuevo servicio busca conseguir que sea una realidad los proyectos de fomento de la autogestión a través del empoderamiento dentro de la agencia de dependencia de cuidados y donde la enfermera realmente ejerza dentro del equipo de trabajo un rol de entrenador para los cuidadores y los paciente y de gestión y liderazgo en el equipo de trabajo del que es miembro activo, fomentando la participación del resto de colaboradores dado que se trata de realizar un abordaje integral con la aportación de la especificidad de cada uno de sus miembros .

Carmen Ferrer Arnedo

Gerente del Hospital Guadarrama. Madrid.

2. INTRODUCCIÓN: MARCO-CONCEPTUAL

Este proyecto responde a la necesidad que tienen las personas más frágiles, tras un problema de salud que les genera una situación de dependencia funcional, de ser cuidados en su domicilio por un cuidador, que sea seguro, con una agencia de cuidado dependiente adecuada: definida así porque cumple unas condiciones de desarrollo de habilidades y de actitud de sustitución competente de la persona enferma. Y estas habilidades no son innatas sino aprendidas de la mano de un profesional del cuidado mediante una técnica de entrenamiento y de apoyo para el desarrollo de su capacidad personal. Por ello, el Hospital Guadarrama pone en marcha un servicio único, adaptado a la necesidad de los cuidadores, y liderado por las enfermeras para realizar un entrenamiento a los cuidadores potenciales de personas frágiles, adaptado a sus necesidades individuales cuidado desde un medio que consideramos, pertinente, eficaz, seguro y oportuno. De esta manera al llegar al medio comunitario, las enfermeras del centro de salud, quienes serán los responsables de los pacientes tendrán ya cuidadores entrenados a los que solo tendrán que reforzar y supervisar dado que ya han sido entrenados en el periodo largo del ingreso hospitalario (una media de 30-40 días).

La relación con la sostenibilidad del Sistema de Salud

Cuando se plantean los enfoques que deben tener los nuevos servicios del Sistema Sanitario estos tienen como base algunos estudios que en términos de eficiencia hablan de que es necesario organizar un sistema que sepa gestionar la comorbilidad y no la gestión de una enfermedad, que plantee abordajes integrales y no fragmentados que desarrolle elementos de autonomía y empodere a las personas potenciando así la autorresponsabilidad.

Existen elementos con los que los profesionales debemos de trabajar:

- ✓ Las ganancias potenciales más significativas resultan de la prevención de ingresos innecesarios de pacientes complejos en el sistema hospitalario.
- ✓ Es conveniente “apuntar” las intervenciones de gestión de pacientes crónicos de acuerdo a predicciones de alta utilización y la planificación individualizada previa al alta y el consejo por parte de equipos multidisciplinares garantiza ahorros sustanciales en re-ingresos evitables, incluso en la ausencia de otras intervenciones.

- ✓ La educación intensiva e individualizada es más efectiva con pacientes diabéticos no ancianos y con pacientes asmáticos en combinación con el tratamiento es una experiencia que ha demostrado eficiencia.
- ✓ Las intervenciones basadas en la educación oportunista en el momento de la interacción clínico-paciente tienden a ser menos eficaces en contraste con las intervenciones de alta intensidad educativa orientadas a la auto gestión de los pacientes.

Sabemos que es clave que los pacientes tengan la confianza y las habilidades para gestionar su enfermedad y que los pacientes reciban los cuidados para un control óptimo de su enfermedad y la prevención de complicaciones.

Se trata de un proceso de cambio que combine elementos básicos de uniformidad aplicables para todos los pacientes y agentes del sistema, imprescindibles para generar seguridad en la prestación con la necesidad de adaptación a las diferentes situaciones que presentan ya los usuarios y organizaciones de servicios, elemento que incorpora la necesidad de individualizar aquello que hacemos, para conseguir unos resultados homogéneos que aseguren la equidad de nuestro sistema.

Además nuestro proyecto busca generar visibilidad al cuidado y a los profesionales expertos en el mismo, el personal de enfermería que asume el liderazgo en la estrategia de la autogestión, un reto al convertirse en otra alternativa innovadora para la oferta de los servicios sanitarios dentro del marco de la búsqueda de sostenibilidad del sistema y tiene vocación de que podamos ayudar a otros cuidadores de fuera del hospital mediante un trabajo de tutoría y formación on-line a través de nuestra web.

Marco-teórico: La enfermera como entrenadora de los pacientes y sus cuidadores

El enfoque de los cuidados hoy ponen énfasis en la totalidad de la persona, es un enfoque de sistema global, y para entender el fenómeno desde el punto de la vivencia del ser humano y, también clínica y empíricamente; pasa porque es preciso entender que las personas y las relaciones no pueden comprenderse pensando en que es la suma de las partes, sino como un sistema vivo e integral.

Watson nos propone como elemento de valor que la enfermera focaliza sus prácticas en unas relaciones éticas, teóricas y filosóficas en la que los cuidados y las acciones compasivas constituyen la esencia del ejercicio profesional. En el trabajo desarrollado por la profesora Gasull nos pone sobre la mesa el marco de la práctica enfermera

apoyado en Watson que considera que las dificultades actuales de la *ciencia del cuidar* son que *El cuidar* (como los cuidados enfermeros) ha existido en todas las sociedades. En cada sociedad, se encuentran personas que son cuidadas por otras. Una actitud cuidadora no se ha transmitido de una generación a otra por la herencia genética sino mediante la cultura de una profesión como un único sistema de adaptarse a su medio.

Los cuidados enfermeros siempre han tenido una posición cuidadora frente a los otros seres humanos. Pero estos cuidados durante un periodo de tiempo, por la exigencia de los avances técnicos han estado en peligro, y mirando al futuro es preciso que vuelvan a recuperar su condición por el beneficio de los pacientes y del propio sistema.

La base del proyecto que tenemos en marcha en el Hospital Guadarrama y lo que le da valor diferencial es que **la Escuela de Cuidadores** se enmarca en una concepción relacional del cuidar, tal y como nos presenta Watson, en un marco humanista más que pseudo-experimental.

La base conceptual del proyecto es:

- ✓ **El *cuidar* puede ser demostrado y practicado de una manera eficaz únicamente mediante unas relaciones interpersonales.**
- ✓ **El *cuidar* consiste en factores *caratífs* donde el resultado es la satisfacción de ciertas necesidades humanas.**
- ✓ **Para ser eficaz, el *cuidar* debe promover la salud así como el crecimiento individual y familiar.**
- ✓ **Las respuestas dadas por el *cuidar* aceptan (admiten) a la persona no solamente por lo que es ahora sino por lo que puede ser.**
- ✓ **El *cuidar* facilita el desarrollo de potencialidades que permitirán a la persona elegir en un momento dado la acción que le proporcione mayor beneficio.**
- ✓ **El *cuidar* es más propicio para la salud que el tratamiento médico. La práctica del *cuidar* asocia conocimientos biopsíquicos y conocimientos del comportamiento humano con el objetivo de suscitar o promover la salud a los que están enfermos. De donde la necesidad de *la existencia de la ciencia de cuidar* al lado de la ciencia médica.**
- ✓ **La práctica de *cuidar* es el centro de la disciplina de enfermería.**

Watson Indica diez **factores *caratífs*** principales que constituyen un cuadro conceptual que permite comprender la idea del cuidado del otro.

Estos son:

1. El desarrollo de un sistema de valores humanista-altruista
2. El tomar en consideración y el sostén de un sistema de creencias y de esperanza.
3. La cultura de una sensibilidad al yo y a los otros
4. El desarrollo de una relación de ayuda y de confianza
5. La promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos
6. La utilización sistemática del método científico de resolución de problemas durante el proceso de toma de decisiones
7. La promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal
8. La creación de un medio ambiente mental, físico, sociocultural y espiritual de sostén, de protección y/o de corrección
9. La asistencia en la satisfacción de las necesidades humanas
10. El tomar en consideración los factores existenciales-fenomenológicos.

Desde este paradigma, **las relaciones y la interacción** son la base cuando nos planteamos el cuidado del otro y tenemos en cuenta que **la cultura va a determinar los patrones de comportamiento** y estilos de vida que influyen en las decisiones de las personas.

Un centro hospitalario como el Hospital Guadarrama, se plantea cubrir una necesidad poniendo en marcha un servicio de entrenamiento en el cuidado del otro cuando este está frágil capacitando a los cuidadores en el cuidar y en el cuidarse de una manera segura y utilizando para asumir el rol del entrenador a las enfermeras de la hospitalización como el profesional reconocido y competente tal y como propone la ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias de 2003.

Estos son aspectos que ayudan a la enfermera, en su rol de entrenadora para los cuidadores a descubrir y comprender el mundo de las personas, el significado que otorga a sus vivencias y sus posibilidades en relación a su salud y su calidad de vida.

Para las enfermeras como entrenadoras en la estrategia del cuidado de sí mismo y del otro, es útil identificar las características del cuidador y la magnitud del cuidado que presta para poder valorar la necesidad de apoyo y prevenir la aparición de repercusiones sobre su calidad de vida.

Para la puesta en marcha de la Escuela de Cuidadores tomaremos la perspectiva del modelo de *Incertidumbre frente a la Enfermedad*, nos aporta una mirada orientada en el paradigma de la transformación/socio-crítico, basado en que al considerar a la persona el líder de su vida que decide sobre su salud y sobre lo que es importante y adecuado para ella.

3.- EXPERIENCIA DE OTRAS PROYECTOS DE CAPACITACIÓN

Proyecto Hospital Clínico de Málaga:

Su proyecto parte de preguntas que ponen sobre la mesa los cuidadores: Cómo hacer una cama si el enfermo no puede levantarse? ¿Cómo movilizarlo sin que la cuidadora se destroce la espalda? ¿Cómo evitar las úlceras que se forman cuando un paciente lleva varios meses encamado? El Hospital Clínico organiza talleres para enseñar a cuidar. El afecto por la persona enferma es clave para garantizar una buena atención, pero no siempre es suficiente. Hay que saber cómo hacerlo. Y también hay que saber cuidarse, porque si no la entrega pasa factura en forma de ansiedad, depresión o dolencias de espalda.

La iniciativa de estas actividades parte de la Consejería de Salud y se coordina a través de la Escuela de Salud Pública. La idea es continuar desarrollando esta formación y aprovechar los periodos de hospitalización de un paciente para preparar a su cuidador en el mismo centro sanitario.

Los materiales didácticos utilizados contienen información sobre prevención de úlceras, control de las infecciones, movilización, alimentación, higiene, medicación, cuidados respiratorios. Apartados que sirven al cuidador a atender al enfermo. Incluyen consejos para velar por su propia salud, reforzar su autoestima, implicar al resto de la familia en los cuidados, relajación y hasta gestión de los sentimientos.

El material suministrado a las cuidadoras incluye además un apartado de recursos en el que se detallan ayudas directas, subvenciones, así como programas de apoyo al cuidador.

Experiencia en Cuba: Proyecto de escuela de cuidadores

Este proyecto tiene como objetivos:

- ▶ Proveer información básica sobre las diferentes enfermedades que llevan al adulto mayor al estado de dependencia.
- ▶ Instruir acerca de las acciones cotidianas del cuidador con el adulto mayor con algún tipo de dependencia.
- ▶ Desarrollar habilidades y destrezas en el cuidador para la atención del adulto mayor con dependencia.
- ▶ Proporcionar conocimientos necesarios para identificar su carga y cómo afrontarla.

El Procedimiento utilizado en La Escuela está concebido para desarrollar en 7 sesiones de trabajo de 2 horas. Estructurada de la forma siguiente:

- ▶ Se inicia con la aplicación de la escala de Zarit para conocer la carga del cuidador, y un cuestionario para evaluar el conocimiento que tienen los cuidadores para atender al paciente con discapacidad y dependencia según la enfermedad.
- ▶ Se impartirá un módulo común que incluye los temas que consideramos de interés para todos los cuidadores, independiente de la enfermedad de su paciente, como Grandes síndromes geriátricos, Recursos sociales comunitarios y ayudas técnicas. El cuidado para las actividades básicas y la prevención de accidentes. Depresión, trastornos de ansiedad y trastornos del sueño. Cuidando al cuidador.
- ▶ Los temas dirigidos a las enfermedades específicas. De los temas dirigidos, el cuidador podrá escoger el que se relaciona con la enfermedad de su paciente, y se les orienta el día y lugar de la conferencia.
- ▶ En la última sesión se aplicará nuevamente, la Escala de Zarit y el Test de conocimientos, con el propósito de identificar si el cuidador reporta mejoría de su estado de carga y de conocimientos, y se procederá a la entrega del manual para cuidadores.
- ▶ **Aspectos a tratar en los temas:** Características de la enfermedad., Pronóstico, Tratamiento farmacológico y no farmacológico y Control de los factores de riesgo

Experiencia Euskadi: Autocuidado y educación al paciente: Modelo Stanford

La evidencia científica muestra que las personas que autogestionan su enfermedad, habiendo recibido apoyo para conseguirlo, consiguen mejores resultados en el control de la misma que aquellos que no lo hacen. Para conseguir este fin se puede utilizar una amplia gama de **intervenciones de educación estructurada**.

En Euskadi se aplicarán diferentes medidas, tanto de educación presencial como no presencial, individual y grupal, por profesionales sanitarios o por “pacientes activos”, con formación específica para fomentar el autocontrol de pacientes, o de cuidadores en los casos de pérdida cognitiva de los mismos.

En concreto, el **modelo de Paciente Activo – Paziente Bizia** siguiendo la metodología de la Universidad de Stanford, comenzará a pilotarse a finales de 2010, tras haberse formado un grupo de profesionales sanitarios y de pacientes activos para que puedan proceder a la formación de otros pacientes, modelo paciente experto.

4.- PROYECTO DE LA ESCUELA DE GUADARRAMA

4.1 MARCO TEORICO DE LA ESTRUCTURA DE LA ESCUELA DE CUIDADORES DE HOSPITAL GUADARRAMA

- Mishel, en su **Teoría de la Incertidumbre**, plantea la incertidumbre, la indeterminación, como contradicciones que no son problemas, ni deben crear angustia para resolverlas, éstas se liberan poco a poco si creamos líneas de fuga a través del cuidado humano.

Define la **incertidumbre** como: "La incapacidad de determinar el significado de los hechos que guardan relación con la enfermedad y aparece cuando la persona que toma la decisión no es capaz de otorgar valores definidos a los objetos o hechos o no es capaz de predecir con precisión que resultado se obtendrá". Como respuesta a la confusión y al desorden provocado por un estado de continua incertidumbre, la persona no tiene otra opción que cambiar para sobrevivir.

Los cuidadores en la incertidumbre del cuidar de otro:

La OMS, define al cuidador familiar "como la persona que, aunque no pertenece al mundo sanitario ni se ha formado como tal se responsabiliza del cuidado del enfermo dependiente en el domicilio". La existencia del cuidador familiar es fundamental en nuestra sociedad pues constituye uno de los recursos vitales para garantizar una atención de calidad.

Es importante en este punto resaltar que en nuestro país, el grupo de cuidadores en el medio comunitario cuenta con el apoyo de las enfermeras comunitarias quienes asumen la responsabilidad de supervisar las necesidades de cuidados domiciliarios y de apoyar a los cuidadores en su tarea de proporcionar cuidados a las personas dependientes.

Es necesaria una "**escucha atenta**" para identificar el momento en que la persona cuidadora es más permeable a realizar este cambio.

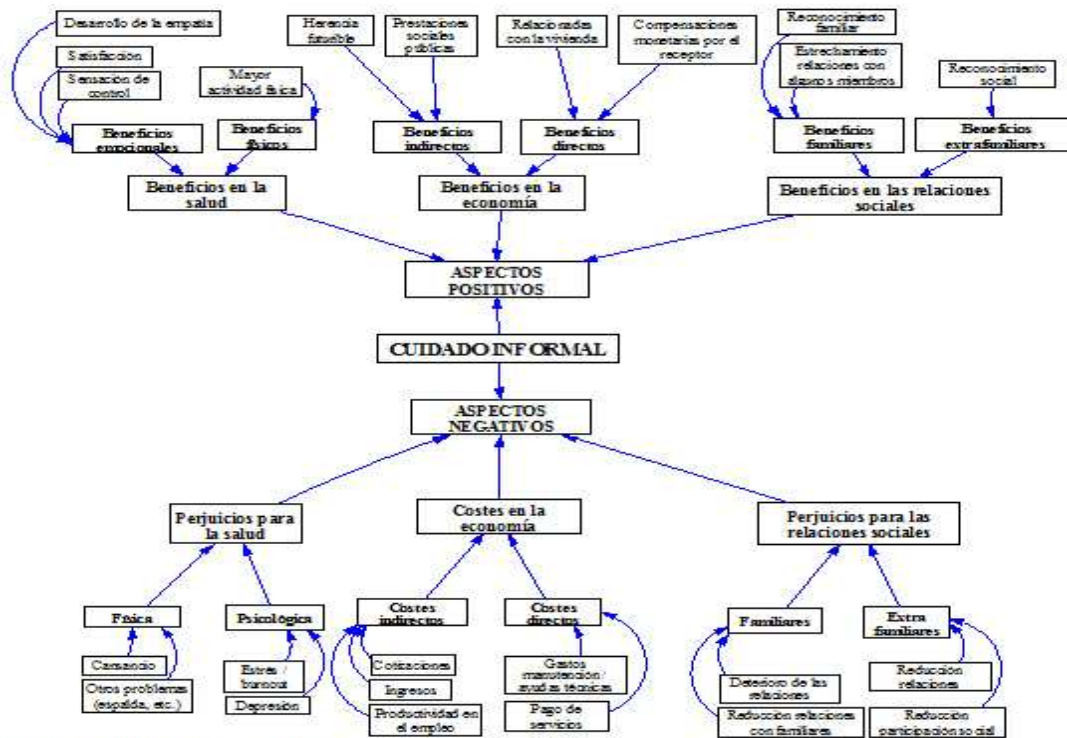
El medio hospitalario, donde las personas presentan mayor fragilidad, puede convertirse en el punto clave para generar estrategias de transformación que permitan un empoderamiento progresivo de los cuidadores ante el rol que van a llevar a cabo.

Para ello, debería evitarse etiquetar a la persona diciendo que el cambio no es posible por razones culturales, de falta de información, creencias etc., un cambio no posible en un momento puede serlo en otro aun tratándose de la misma persona.

De aquí, que consideramos que en un Hospital de nuestras características, un hospital de Media Estancia donde las personas se sienten "como en casa" protegidas y como parte de la solución a su problema, puede ser una oportunidad para diseñar mecanismos que permitan a las enfermeras, como el profesional más cercano y experto en el cuidado de uno mismo y en el cuidado del otro, explorar la actitud de los cuidadores y generar un posicionamiento positivo de cara a potenciar la adquisición de herramientas para cuidar del otro, de manera voluntaria y con generosidad , lo mejor posible en su domicilio , y proporcionándole herramientas de conocimiento, de desarrollo de habilidades y de reenfoque en la actitud, lo que le permitirá prevenir el cansancio en el rol de cuidador, la claudicación y por tanto, minimizar los elementos de inseguridad para el paciente dependiente. Para poder entender que sucede con los cuidadores y sus actitudes revisemos la figura 1 que se presenta a continuación:

Figura 1

Clasificación de las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador



Fuente: elaboración propia

La propuesta de clasificación del cuadro que otros autores nos proponen a tener en cuenta cuando realizamos entrenamiento y nos ayudara a realizar los enfoques de oferta de actividad en la Escuela. La evidencia nos hace ver que si bien el cuidado tiene consecuencias negativas, también tiene efectos positivos en la vida de los cuidadores, y en que una completa evaluación de las consecuencias del cuidado debe integrar la perspectiva subjetiva de los cuidadores para definir aquellos aspectos que éstos consideran positivos y negativos.

Las principales consecuencias negativas relacionadas con la salud son de carácter emocional, como el estrés psicológico, estados de ánimos bajos, pérdida de sensación de control y autonomía, depresión, sentimiento de culpa y frustración.

El estrés continuado debido al cuidado puede dar lugar al denominado síndrome del burnout ("síndrome del quemado"), que se caracteriza por la presencia de síntomas de agotamiento emocional, despersonalización en el trato e inadecuación con la tarea que se realiza. El cuidado familiar también presenta cansancio físico, deterioro de su salud y falta de tiempo para el autocuidado debido a esta actividad.

Aspectos positivos del cuidado relacionados con la salud, en su mayoría de carácter psicosocial: satisfacción por ayudar a otro, mayor seguridad en uno mismo, estrechamiento positivo de las relaciones y desarrollo de la empatía. Asimismo, la experiencia del cuidado es valorada como un "aprendizaje vital". El cuidado familiar también tiene un especial impacto en las relaciones sociales de los cuidadores: la supervisión de la persona dependiente suele confinar al cuidador en el hogar durante la mayor parte de su tiempo, aumentar el tiempo dedicado a actividades domésticas y reducir su tiempo libre, con lo que interfiere en la posibilidad de establecer y mantener relaciones sociales, en la calidad de esas relaciones y en la participación en actividades de interacción. En relación con los efectos positivos de esta actividad en las relaciones sociales, el cuidado puede mejorar la cohesión familiar y se ha señalado que las situaciones de dependencia tienen una gran potencialidad para el establecimiento de relaciones sociales y el mantenimiento de la comunidad.

Por tanto, al diseñar la puesta en marcha de la Escuela de Cuidadores del Hospital Guadarrama además de evaluar de manera individual a los cuidadores es preciso diseñar herramientas de autocuidado para el propio cuidador, estrategias de respiro y elementos de visibilidad de los aspectos positivos de asumir el rol así como estrategias de control de los aspectos negativos que llevar a la claudicación

- Paradigma de la transformación

En el diseño de la Escuela de Cuidadores no solo contaremos en su estructura con la teoría de la incertidumbre sino que las acciones de los entrenadores las enmarcaremos dentro del paradigma de la transformación de los teóricos de los cuidados:

Las teorías propuestas por *R.R. Porse*, *M. Newman*, *M. Rogers* y *Walson* quedan encerradas dentro de este paradigma. Conceptos claves:

- ▶ La persona, es un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades. Es además indisoluble de su universo, en relación mutua y simultánea con el entorno cambiante. La persona, por tanto, coexiste con el medio.
- ▶ La salud, es un valor y una experiencia que cada persona la vive desde una perspectiva diferente, va más allá de la enfermedad, pero a la vez esta sirve para el proceso de cambio continuo de las personas. Es una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno.
- ▶ El entorno, es ilimitado, es el conjunto del universo.
- ▶ El cuidado, se dirige a la consecución del bienestar de la persona, tal y como ella lo define. De este modo, la intervención de enfermería supone respeto e interacción del que ambos, persona-enfermera, se benefician para desarrollar el potencial propio.

La Escuela de cuidadores, es un proyecto que nace con el objetivo de empoderar a las personas que cuidan de otros mediante la aplicación de estrategias personalizadas de entrenamiento apoyadas en un eje central que es el de la asignación de figuras de tutoría/entrenador para la implantación de un plan personalizado de aprendizaje éxitos, ya sea presencial o de manera on-line, asumiendo el rol de tutor y entrenador en cuidados excelentes, las enfermeras de la hospitalización, que trabajaran la estrategia de empoderar a los cuidadores partiendo de las experiencias personales, las vivencias propias y las actitudes personales a fin de potencia la autogestión dentro de la agencia de dependencia.

Este proyecto se sustenta en valores:

- ▶ Considerar que el cuidado efectivo se basa en la relación humana.
- ▶ Es preciso comprender la realidad de los cuidadores y la necesidades de cuidados para garantiza relación de equilibrio, estabilidad y continuidad.
- ▶ Que es preciso garantiza que la agencia de dependencia dispone de las herramientas necesarias para suplir las acciones de autocuidado, y que estas deben de plantearse de una manera individual.
- ▶ Que cuidar no es solo una acción de mantenimiento de la vida tiene detrás el sustrato específico de cubrir una necesidad humana y por tanto tiene que estar basado en la compasión, la confianza y la competencia.
- ▶ Las enfermeras se convierten en los garantes de los pacientes apoyando a sus cuidadores para que cuiden de manera segura y con calidez suficiente para que las personas cuidadas ejerzan su autonomía y libertad.

Las enfermeras asumen un rol de entrenador que tendrá que tener continuidad en el medio comunitario con las enfermeras de AP a través de la gestión de casos.

4.2. OBJETIVOS

Ayudar a los cuidadores de personas dependientes ingresados en el Hospital Guadarrama para que, mediante un plan de gestión de cuidados personalizado y apoyado en estrategias de empoderamiento, (basada en la gestión de la información y en un plan de entrenamiento en habilidades y actitudes), se consiga prevenir el riesgo de cansancio y de claudicación y se conviertan en cuidadores adiestrados, excelentes y seguros con habilidades suficientes que les permitan una adecuada gestión y control de su realidad individual .

Este proyecto se apoya en la figura de la **enfermera tutora y entrenadora** quien acompañara al cuidador en el proceso de entrenamiento siendo su apoyo en el proceso de aprendizaje y sirviéndose de la continuidad de cuidados cara a garantizar unos mínimos de apoyo por parte de las enfermeras comunitarias. Siendo este entrenamiento individual y grupal. Y también en la modalidad de presencial y on-line.

Por tanto como objetivo nos planteamos:

1. Apoyar a los pacientes mas vulnerables creando para ellos un servicio en el que sus potenciales cuidadores adquieran conocimiento, habilidades y actitudes para poder cuidarles de manera segura y adecuada a las necesidades individuales

2. Empoderar a los cuidadores del cuidado familiar desde la perspectiva de la Teoría de la Incertidumbre de Mishelⁱ, conlleva que la cuidadora familiar pueda plantearse otro nivel de organización en su vida con una nueva visión de los hechos que modulan sus comportamientos hábitos y rutinas, incorporando la madurez y el cambio que pueden adquirir a través de las situaciones de crisis y de incertidumbre inherentes en el proceso de cuidar.

3. Crear una red de apoyo para los cuidadores a través de la figura de La enfermera como una facilitadora y como entrenadora para los cuidadores que va ayudar a la cuidadora a identificar, movilizar y desarrollar sus propias fuerzas para conseguir un buen estado de salud y bienestar percibido, y la adaptación a los estados de incertidumbre internos y externos, teniendo en cuenta que cuanto más tiempo dure la incertidumbre más inestable será el modo de funcionamiento de la cuidadora. La información obtenida en los encuentros con los cuidadores familiares nos orientará sobre las estrategias de adaptación y constituirá un buen indicador de la significación clínica de los cambios que pueden conseguirse con la intervención.

Es importante para la enfermera identificar las estrategias no adaptativas como fuente de sufrimiento de la cuidadora y buscar aquellas estrategias de apoyo y ayuda que permitan a la cuidadora ver la situación de incertidumbre como una oportunidad y no como peligro.

4. Estructurar un entramado de servicios basado en el entrenamiento que permitan a los cuidadores mejorar sus capacidades de cuidar de sí mismos y de cuidar de otros mediante la creación de una estructura con subproyectos: presenciales de entrenamiento individual, de estructuras de participación grupal y mediante una escuela on-line. para garantizar la continuidad de cuidados cuando ya los pacientes estén dados de alta.

Además, otros objetivos específicos propios de la herramienta del entrenamiento son:

- ▶ Establecer una relación con la enfermera entrenadora y ser capaces de analizar conjuntamente con los cuidadores las características relacionadas con su conocimiento sobre los cuidados y el rol de cuidador, valorar sus carencias y su fortalezas y poniendo en juego sus actitudes y creencias.
- ▶ Evaluar las actitudes respecto al rol de cuidador y minimizar los mitos a su alrededor generando estrategias de fortalecimiento.
- ▶ Diseñar un plan conjunto del aprendizaje.
- ▶ Conseguir que aprendan y apliquen cuidados básicos necesarios para el mantenimiento de la calidad de vida de manera segura.
- ▶ Ayudar para facilitar la expresión de su situación y sentimientos respecto al rol de cuidador.
- ▶ Fomentar sus relaciones personales, sociales y su capacidad de ofrecerse ayuda mutua
- ▶ Mejorar el autocuidado y la percepción de la autoestima de los cuidadores, formándoles en estrategias de afrontamiento saludables
- ▶ Enseñar estrategias de autoprotección.
- ▶ Enseñar a utilizar y gestionar los recursos disponibles propios y del entorno.
- ▶ Conseguir que los cuidadores aprendan a utilizar los recursos del sistema sanitario y social.

4.3 ESTRUCTURA DEL PROYECTO DE LA ESCUELA DE CUIDADORES:

La Escuela de Cuidadores de cuidadores del hospital Guadarrama mantiene una arquitectura con cuatro subproyectos:

- subproyecto de entrenamiento individual
- subproyecto en tutorización on-line.
- subproyecto en talleres presenciales grupales.
- subproyecto de formación para cuidadores formales.

5. BASES DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA E INTERACTIVA

5.1. ENTRENAMIENTO:

El Entrenamiento es un ejercicio de anticipación por tanto, se trata de algo diferente al trabajo que se viene desarrollando dado en los grupos de educación para la salud o en intervención clásica que realizan las enfermeras a través de la intervención educativa.

Entrenamiento es un proceso secuencial de potenciación de recursos personales a la hora de desarrollar estrategia de autocuidado. Entendiendo esto como un método de transformación a través de la incorporación de un elemento esencial que es el Modelamiento es decir aquel comportamiento que se trasfiere a través del modelo, la Enfermera Entrenadora.

Así pues cuando se habla de que se trata de que las Enfermeras sean entrenadoras en salud, se está poniendo sobre la mesa un proyecto individualizado de Anticipación para que las personas sean capaces de alcanzar equilibrio entre lo que son necesidades que satisfacen en materia de Salud y Capacidad para cubrir las necesidades ya sean capacidades propias a desarrollar o elementos de apoyo a buscar dentro de un contexto ó en el entorno próximo y alcanzable.

En el entrenamiento entre la transferencia de Energía entre Entrenador y Entrenado, si consideramos el cuidado como una acción tal y como nos enseña Gllier, y sabemos que la acción es energía ya no propia, la que genera uno mismo al cuidarse o la que nos trasfiere otro al cuidarnos, se trata que este consumo energético se encuentre en equilibrio para que no aparezca un consumo excesivo o inadecuado lo que nos abocaría a la prestación de un Cuidado Ineficaz ó no eficaz.

Cuando se desarrolla entrenamiento en salud se trata de proponer estrategias de anticipación, para generar un cuidado ó un autocuidado eficaz y por tanto salir del anticuidado, tanto de un proceso adaptativo es decir en el contexto de “Salud Adaptada” a la circunstancia cronicidad con dos elementos o límites esenciales que supone la tipología de cuidado que se busca: es decir cuidados de Supervivencia ó Instintivos y cuidados y Cuidados de Bienestar o Culturales y dentro de estos límites el equilibrio.

Claves del Entrenamiento en Salud.

Los Entrenadores han de tener claro que elementos del cuidado debe de considerarse a la hora de plantear entrenamiento.

Cuidado es Acción y toda acción tiene reacción por tanto el entrenamiento del cuidado cotidiano, el cuidado en rutina, por tanto es un proceso dinámico , repetitivo y su reconstrucción parte del conocimiento individual y no se aprende en un día, se asimila con el tiempo, tras ser interiorizado, su estrategia de compensación y su reconversión.

5.2. COMPETENCIA A DESARROLLAR COMO CUIDADOR CON EL ENTRENAMIENTO.

- Orientación al logro.
- Dominio de la Temporalidad.
- Trabajo en Equipo.
- Negociación.
- Habilidades Instrumentales.
- Capacidad de Planificación.
- Estrategia de sustitución.
- Compromiso.

6.- METODOLOGIA

6.1. CIRCUITO:

Asignación de Enfermera- Entrenadora:

Establecimiento de relación con el paciente y el cuidador, tras la presentación de la Escuela en la Acogida y el consentimiento informado.

- ▶ Entrevista de análisis y planificación del entrenamiento
- ▶ En la entrevista sistematizada se utilizará herramientas como el Zarit y la valoración por patrones adaptada a cuidadores.
- ▶ Se detectará problemas de afrontamiento, adaptación, déficit de conocimiento y riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador. Así como se explorará la existencia de temor, desesperanza y sufrimiento, por ser consideradas barrera para el ejercicio del cuidador eficaz.
- ▶ Consentimiento informado de cuidador y del paciente al que se cuida

Plan de Entrenamiento individual:

- ▶ Propuesta y acuerdo del Plan de Aprendizaje
- ▶ Evaluación e información al equipo interdisciplinar y en el momento del alta a la enfermera comunitaria en el informe de continuidad asistencial.

6.2. SELECCIÓN DE LAS PERSONAS:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Cuidadores reales o potenciales de pacientes ingresados preferentemente en la unidad de cuidados continuados con dependencia, quienes sean autorizados a participar en el proyecto por la persona que precisa de agencia para cubrir sus necesidades básicas.

Cuidadores que sin tener pacientes ingresados, son derivados desde Atención Primaria y en un momento determinado, precisan del entrenamiento para adquirir conocimientos o destrezas para mejorar como proveedores de cuidados a persona con dependencia y se comprometen a participar en la escuela.

Criterios concretos:

- El destino previsto al alta será el domicilio
- Existencia del cuidador principal capacitado o con habilidades para ello
- Perfil de pacientes.
 - Pacientes con pluripatología.
 - Procesos crónicos incapacitantes.
 - Pacientes con enfermedades cerebrovasculares.
 - Deterioro cognitivo.
 - Ancianos frágiles.
 - Pacientes crónicos con descompensaciones frecuentes.
- Perfil cuidador:
 - Preferentemente menor de 65 años.
 - Compromiso de formación.
 - Disponibilidad.
- Compromiso de tiempo de formación/alta.
- Un paciente por planta para la escuela de cuidadores.
- La elección de los candidatos será propuesta por los enfermeros- tutores del programa y será secundada por ellos mismos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes que viven en residencia.

Abandono del entrenamiento del cuidador o por deseo explícito del paciente.

6.3. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN DE LOS ENTRENADORES

Cada planta de hospitalización dispone como mínimo de un tutor/entrenador perteneciente a la Escuela de Cuidadores.

Objetivos Generales

- ▶ El cuidador principal manejará al paciente con seguridad al alta en su domicilio.
- ▶ Se establecerán un mínimo de 6 reuniones al año de todo el equipo de la escuela de formadores.

Objetivos específicos

- ▶ Los tutores/entrenadores elaborarán una guía del cuidador previo al inicio del programa.
- ▶ Los tutores/entrenadores educarán al cuidador y al paciente según sus necesidades durante el ingreso.
- ▶ Los entrenadores o profesionales designados por los mismos realizarán talleres para que pacientes y familiares adquieran conocimientos/ habilidades necesarios para el manejo del paciente en domicilio.
- ▶ Cada formador se especializará en uno o varios cuidados para realizar una docencia individualizada.
- ▶ Los tutores se reunirán cada 15 días para desarrollar actividades del programa.
- ▶ Los tutores se reunirán para evaluar el progreso de la formación de los pacientes y valorar nuevas necesidades surgidas.
- ▶ Los formadores planificarán un día a la semana para trabajar en la escuela de formadores.

METODOLOGÍA DEL TRABAJO DE LOS ENTRENADORES:

- ▶ En el momento del ingreso se entrega la guía de acogida que contiene información sobre la escuela de cuidadores.
- ▶ El jefe de unidad de enfermería colabora en la captación de los pacientes candidatos a la escuela de cuidadores.
- ▶ Elegir al paciente según criterios de inclusión del programa.
- ▶ Informar al paciente y familiar sobre el objetivo de la escuela de cuidadores.
- ▶ Solicitar el consentimiento del familiar y paciente para su inclusión en la escuela de cuidadores.
- ▶ Realizar la entrevista personal al cuidador principal y explicarle en que consiste la escuela de formadores.
- ▶ Valorar el conjunto paciente-cuidador y establecer el plan de cuidados.
- ▶ Establecer calendario de actividades con talleres formativos.

El programa estandarizado consta de tres talleres, uno básico, otro avanzado y un taller de cuidados. Construido en formato de lecciones:

Taller básico:

- ▶ Adherencia terapéutica
- ▶ Cuidados alimenticios
- ▶ Cuidados higiénicos
- ▶ Movilización y transferencias
- ▶ Incontinencia
- ▶ Deterioro de la deglución
- ▶ Estreñimiento
- ▶ Prevención de caídas
- ▶ Cuidados de úlceras por presión
- ▶ Cuidados del dolor.

Taller avanzado:

- ▶ Alimentación en situaciones especiales de salud
- ▶ Cuidados en la sonda nasogástrica
- ▶ Cuidados al paciente con insuficiencia cardiaca
- ▶ Cuidados en pacientes con gastrostomía
- ▶ Anticoagulación

- ▶ Cuidados en el paciente anticoagulado
- ▶ Cuidados en la sonda vesical
- ▶ Cuidados de la ostomía
- ▶ Cuidados al paciente con confusión y trastornos de la memoria
- ▶ Cuidados al paciente diabético

Taller de Autoprotección para cuidadores

- ▶ Autorregalo.
- ▶ Personas cuidadoras.

Durante un promedio de unos 30 días.

- ▶ Realizar la enseñanza según el calendario con apoyo de las fichas técnicas.
- ▶ Evaluar periódicamente al paciente y al cuidador para ver progresos o nuevas necesidades que surjan.
- ▶ Realizar una evaluación final del proceso.
- ▶ Realizar encuesta final para valorar el grado de satisfacción con el servicio recibido.

La escuela también está accesible en la página Web del Hospital
www.madrid.org/hospitalguadarrama

6.4. PLAN DE ESTRUCTURA DE ENTRENAMIENTO

Entrenamiento individual:

La Escuela de Cuidadores de Guadarrama utiliza el Entrenamiento para entrenar a personas que van a cuidar de otros y por tanto, este tipo de entrenamiento incorpora algún matiz más específico.

Por un lado elementos motivacionales para alcanzar una meta y esta meta inicialmente no le reporta en apariencia ningún beneficio personal.

Si un gran esfuerzo pero como visualiza el beneficio personal, se trata de aprender a gestionar la propia energía del cuidador, el aprendizaje de gestionar su propio cuidado, controlar su capacidad de transmitir energía y de recuperar energía para uno mismo.

Al plantear la estrategia de Entrenamiento se precisa pensar que se trata de un proceso, en el tiempo y por tanto se podría aplicar la Ley Schulltgn Arnald, que nos proponen que existe una zona de umbral y una zona de tolerancia por tanto cuando se entrena hay que tener en cuenta el equilibrio ante lo que es Zona Umbral y la progresión en la adquisición de la Realidad, conocimiento y Actitud siempre en tolerancia, es decir avanzando pero sin agotarse o poniendo metas no realistas y alcanzables, se trata de generar elementos

adaptativos, hasta el límite de la “Fatiga” es decir del Cansancio.

En el caso de los Cuidados otro aspecto interesante de aplicabilidad al entrenamiento de Cuidadores es considerar que el proceso de empoderamiento de los cuidadores se adquiere por estratos, por escaleras y por tanto que depende de ir alcanzando grados como los que describe Banner en tu teoría del aprendizaje del cuidador Formal, secuencial: desde el nivel principiante novel, al avanzado y al experto.

Para realizar entrenamiento existen unos principios:

- Tener conciencia del objetivo.
 - Tener Capacidad de entender y de equilibrio entre dar y realizar.
 - La Continuidad: Entrenar no es algo rápido, es progresivo y permanente.
 - Capacidad de Esfuerzo Adaptativo.
 - Tener especificidad en relación a la tarea a desarrollar y al rol que se quiere ejercer.
 - Conocer la situación individual.
- ▶ **Las sesiones** individuales : una media de entre 7 sesiones a 14 sesiones de 20 a 30 minutos en sesión individual
 - ▶ A desarrollar en un periodo de entre 15 días y 2 meses.
 - ▶ Registro en historia clínica del paciente del cuidador: Formulario específico SELENE y utilización del Zarit.

6.5. CAPACITACIÓN EN TALLERES GRUPALES:

- ▶ Sesiones: una media de entre 7 sesiones a 14 sesiones de 20 a 30 minutos en sesión individual y de 60 a 90 minutos, en sesiones grupales.
- ▶ A desarrollar en un periodo de un taller de tres sesiones por mes. Autoadministrado.
- ▶ Se combinan las sesiones individuales que se realizaran con el propio paciente en las que participara el cuidador con el personal de enfermería para el desarrollo de habilidades con talleres corto para la adquisición de conocimiento y se utilizara el formato de entrevista de refuerzo para el trabajo en actitudes

Apoyo Escuela de Cuidadores On-line: Abierta y disponible para todo el mundo

El contenido on-line es el mismo y tiene un formato de taller y dentro lección en power-point y material de apoyo escrito a la lección. Las dudas se resuelven por correo electrónico a una cuenta específica.

escueladecuidadores.hgua@salud.madrid.org

Talleres de apoyo específicos para seguimiento tras el alta con apoyo de tutores en la escuela on-line .

5.6 METODOLOGIA DE LAS INTERVENCIONES GRUPALES:

Talleres mensuales grupales para cuidadores informales y cursos de formación continuada para cuidadores formales..

- ▶ Modelo de desarrollo de Talleres Grupales en formato clásico:

- ▶ El análisis de las necesidades educativas del grupo captado es prioritario para poder determinar cuáles son los objetivos, contenidos y técnicas más adecuadas. Se propone realizar en la primera sesión una técnica de investigación denominada **Rejilla**, que nos permitirá conocer cómo el grupo vive su experiencia y poder enfocar los contenidos en función de esas necesidades. El entrenador determinará si el pretest y el postest se pasará al finalizar cada sesión.
- ▶ El proyecto propone que, como mínimo, sean dos profesionales los que desarrollen las sesiones para que uno sea el profesional que maneja el grupo y otro se sitúe en el papel del observador, se recomienda que participen los auxiliares de enfermería como observadores.
- ▶ En todas las **sesiones** se propone que se haga previo a la exposición de los contenidos:
 - Exposición de los objetivos y contenidos
 - Breve coloquio sobre los conocimientos que el grupo tiene sobre ese tema
 - Exposición de dudas y resolución de las mismas
 - Despedida abierta dejando accesibilidad para continuar seguimiento con su tutora en el hospital.

6.7. CONTENIDOS: ARQUITECTURA BASICA MODULAR PARA ENTRENAMIENTO INDIVIDUAL Y GRUPAL. TAMBIEN CONTENIDO ON-LINE

MÓDULO: PERFIL DEL CUIDADOR EN ENTRENAMIENTO INDIVIDUAL

A.- ACTITUD DEL CUIDADOR: actitudes profesionales. Principios básicos. Derechos y deberes de los cuidadores. Responsabilidades del cuidador.

B. HABILIDADES SOCIALES: el lenguaje no verbal. La conducta asertiva. Habilidades para conseguir el equilibrio personal.

C. COMUNICACIÓN: tipos de comunicación. Comunicación eficaz. Técnicas comunicativas. Comunicación accesible. Comunicación aumentativa y/o alternativa. Formas de comunicación don algunos tipos de discapacitados.

D. ATENCION AL PACIENTE: aspectos básicos en la atención diaria. Atención sanitaria al paciente discapacitado.

E. RESOLUCION DE CONFLICTOS: concepto. Regulación de objetivos y conflictos. La respuesta a los conflictos. Regulación de conflictos y regulación de sentimientos. Contenidos de educación sentimental que deberían incorporarse para favorecer la resolución de conflictos. Origen y agudización del conflicto. Tratamiento del conflicto. Metodología para la resolución de conflictos.

F- EL TRABAJO EN EQUIPO: definición de equipo. Dificultades y problemas con las tareas. Cuestiones interpersonales. Roles. Conclusiones.

MÓDULO: ACTUACIÓN DEL CUIDADOR: HABILIDADES

A.- CUIDADOS GENERALES: NECESIDADES DE LA PERSONA: Necesidades De Oxigenación. Necesidad De Alimentación. Necesidad De Eliminación. Necesidad De Moverse Y Mantener Una Buena Postura. Necesidad De Reposo Y Sueño. Necesidad De Higiene Y Arreglo Personal. Necesidad De Mantener La Temperatura Corporal. Necesidad De Evitar Peligros. Necesidad De Comunicarse. Necesidad De Expresar La Sexualidad. Necesidad De Elegir Según Los Valores Y Creencias. Necesidad De Autorrealización. Necesidad De Aprender. Necesidad De Participar En Actividades Recreativas.

B.- HIGIENE Y ASEO: HIGIENE Y CUIDADO DE LA PIEL, LAVADO Y DUCHA, MEDIDAS DE APOYO: higiene y cuidado de la piel. Lavado y ducha. Medidas de apoyo.

C.- ALIMENTACIÓN: alimentación y nutrición, concepto y diferencias. Relación alimentación con calidad de vida. Dieta y menú: concepto y diferencias. Necesidades nutritivas. Rueda de alimentos.

D.- PAUTAS DE COMPORTAMIENTO: definición de conducta problemática. Las consecuencias del comportamiento problemático para la persona y su repercusión en el entorno. Recursos apropiados para atender la conducta problemática. Sistemas de intervención. Algunas maneras de enfrentar conductas problemáticas según la tipología de la discapacidad.

F.- UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS COMUNITARIOS.

H.- CAMBIOS POSTURALES: NORMAS BÁSICAS DE MECÁNICA POSTURAL: normas generales de elevación y manipulación de cargas. Cambios posturales.

I- MOVILIZACIONES. TRASFERENCIAS: técnicas básicas de movilización. Síndrome de inmovilidad.

J. DEFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS.

K. INTERACCIÓN Y RELACIONES SOCIALES. Entrenamiento de memoria

L. GESTIÓN DE FÁRMACOS Y DISPOSITIVOS TECNOLÓGICOS DE AYUDA.

M. CUIDAR AL CUIDADOR: ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO

N. ESTRTRATEGIAS DE RESPIRO Y AUTOPROTECCIÓN

7.- EVALUACIÓN: Indicadores básicos

Perfil Pacientes:

- nivel de dependencia de cuidados
- deterioro de la deglución
- deterioro cognitivo
- incontinencia
- estado de animo

Perfil Cuidadores:

- Escala Zarit
- Problemas de Salud
- Capacidad de Cuidar
- Experiencia como cuidador
- Conocimientos previos

Entrenamiento Individual

Nº de cuidadores entrenados individualmente /año

Nº de cuidadores entrevistados en la escuela y registrados / nº de cuidadores totales año

Media de sesiones de entrenamiento por cuidador

Competencias adquiridas

Actividad Grupal:

Nº de talleres año

Nº de sesiones año

Nº de alumnos año

Listado de contenidos

Informe de necesidades nuevas detectadas en grupo focal de cuidadores.

Gestión: eficiencia

Nº de cuidadores entrenados por entrenador /año

Nº de descargas /visitas de la escuela on-line año

Informe formación continuada para enfermeras entrenadoras/año

8.- BIBLIOGRAFÍA

World Health Organization. World Health Report 2002. Geneve. 2005.

Masanet-Ripoll E, La Parra-Casado D. Los impactos de los cuidados de la salud en los ámbitos de vida de las personas cuidadoras. RES. 2009; 11: 13-31.

García-Galvante M, Mateo-Rodríguez I. El impacto del cuidar en la salud y calidad de vida de las mujeres. Gaceta Sanitaria. 2004; 18(sup.1): 83-92.

Rodríguez P, Valdivieso C. Los servicios de ayuda a domicilio. Planificación y gestión de casos. Madrid: Médica Panamerica. 2006.

Mishel, M.H. Uncertainty in illness. Image: The Journal of Nursing Scholarship. 1988; 22: 256-262.

Crespo M, López J. El estrés en cuidadores de personas mayores dependientes. Madrid. Pirámide; 2007.

Bazo-Royo MA. Vejez dependiente, política y calidad de vida. Papers.1998; 56: 143-161.

Ruiz de Alegría-Fernández de Retana B, Lorenzo Urien E, Basurto Hoyuelos S. Estrategias de Afrontamiento beneficiosas para las mujeres que cuidan un progenitor con Alzheimer. Index de Enfermería. 2006; 15(54): 1132-1296.

Molina Linde JM, Iáñez Velasco MA. El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. Psicología y Salud. 2005; 15(1): 33-43.

Bochi S, Mangani C. Entre la libertad y la reclusión: el apoyo social como un componente de la calidad de vida del binomio cuidador familiar y persona dependiente. Rev. Latino-Americana de Enfermagem. 2008; 16(1): 15-23.

Ferré-Grau C, Rodero V, Vives C, Cid-Buera D. El mundo del cuidador familiar: Una visión teórica y un modelo práctico para el cuidado. Tarragona: Silva editorial; 2008.

Zabalegui A, Juando C, et al. Recursos y consecuencias de cuidar a personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. Gerokomos. 2004; 15(4): 199-208.

Parse RR. L'humain en devenir. Nouvelle approche du soin et de la qualité de vie. De Boeck Université: Bruxelles. 2003.

Ferré Grau, Carme; Rodero Sánchez, Virtudes; Vives Relats, Carme; Cid Buera, Dolors; Aparicio Casals, M^a Rosa; Boque Cavallé, Montse. La complejidad de los cuidados familiares. Una mirada desde la Teoría de la Incertidumbre. Enfermería Comunitaria (rev. digital) 2010, 6(1). Disponible en <<http://www.index-f.com/comunitaria/v6n1/ec7116.php>>

Durán MA. Los costes invisibles de la enfermedad. Bilbao: Fundación BBVA, 2002.

Montoro Rodríguez J. Las consecuencias psicosociales del cuidado informal a personas mayores. Revista Internacional de Sociología, 1999; 23: 7-29.

Brouwer W, Van Exel NJA, Koopmanschap MA, Rutten FFH. The valuation of informal care in economic appraisal. A consideration of individual choice and societal costs of time. International Journal of Technology Assessment in Health Care, 1999; 15(1): 147-160.

Zabalegui A, Juando C, Izquierdo MD, Gual P, González-Valentín A, Gallart A, et al. Recursos y consecuencias de cuidar a las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. Gerokomos, 2004; 15(4): 199-208.

Peinado Portero AI, Garcés de los Fayos Ruiz EJ. Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: El síndrome del asistente desasistido. Anales de Psicología, 1998; 14(1): 83-93.

Durán MA, directora. Informe sobre el impacto social de los enfermos dependientes por ictus. Informe ISEDIC, 2004. Madrid: Merck Sharp & Dohme de España, 2005.

Crespo López M, López Martínez J. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa «Cómo mantener su bienestar». Madrid: IMSERSO, 2007.

García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gac Sanitaria, 2004; 18(2): 83-92.

Andersson A, Levin LA, Emtinger BG. The economic burden of informal care. International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2002; 18(1): 46-54.

Roca M, Úbeda I, Fuentelsaz C, López R, Pont A, García L, Pedreny R. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. Aten Primaria, 2000; 26(4): 217-223.

Maria Gasull Vilella. La ética del cuidar y la atención de enfermería tesina Barcelona 2005

Watson J. Enfermagem pós-moderna e futura. Um novo paradigma da enfermagem. Lisboa: Loures; 2002.

Watson J. Modelo del Caring como guía para la evaluación, medición y registro de la práctica profesional. Ponencia en el Congreso Innovación en el proceso de cuidar: conjunción de herramientas y saber. Valencia, mayo. 2004.

theory. The Journal Mishel MH. Reconceptualization of the uncertainty in illness of Nursing Scholarship. 1990; 22: 256-262. Word Health Organization. Word Health Report 2002. Geneve. 2005.

ANEXO II

EJEMPLO DE LECCIÓN EN POWER-POINT



¿Qué es la insuficiencia cardiaca?

El corazón es un órgano que se encarga de bombear la cantidad suficiente de sangre para satisfacer las necesidades del organismo.

Como consecuencia, las personas que padecen insuficiencia cardiaca (IC) se sienten débiles, cansadas o notan dificultad para respirar y las actividades de la vida diaria pueden resultar difíciles de realizar.

La (IC) se produce cuando existe un desequilibrio entre la capacidad del corazón para bombear sangre y las necesidades del organismo.

¿Cuáles son los signos de alerta que debo vigilar?

- Dolor en el pecho.
- Disminución de la cantidad total de orina.
- Necesidad de aumentar el número de almohadas al dormir.



Autoevaluación: Conteste a las siguientes preguntas:

- 1) ¿Qué debo hacer si he ganado un kilo de peso en un día?
- 2) ¿Debo pesarme todos los días aunque da igual la hora y las condiciones en que lo haga?
- 3) ¿Caminar es un buen ejercicio para mi corazón?

ANEXO III

HOJA DE CONSENTIMIENTO SOBRE “LA ESCUELA DE CUIDADORES” DEL HOSPITAL GUADARRAMA.

Estimado Señor/Estimada Señora:

Por la presente le informamos que nuestro hospital dispone de una “Escuela de Cuidadores” que tiene como objetivo que los familiares de los pacientes que se encuentran ingresados en nuestro hospital adquieran conocimientos, habilidades y actitudes que les permitan proporcionar en el domicilio unos cuidados básicos de calidad con el apoyo de su Enfermera del Centro de Salud.

Para ello, el hospital pone a su disposición una “enfermera tutora” con quién formará un equipo y junto con el paciente y su familia trabajarán analizando las necesidades de conocimiento y habilidades de cuidados concretos y específicos a la situación del paciente y esta enfermera realizará un plan de formación en aspectos concretos de su cuidado básico. Tanto de manera individual como con el apoyo de talleres que se realizarán por las tardes en el centro.

Por ello necesitamos su consentimiento para que su familiar pueda participar en esta escuela de cuidadores y con él, usted y su enfermera, trabajarán en un plan formativo orientado a las necesidades y habilidades de cuidados que precisa.

Esto significa, también, que da su consentimiento para que su familiar participe activamente en el desarrollo de los cuidados básicos que usted necesita aquí en el hospital siempre acompañado de su enfermera o auxiliar quienes le ayudarán en este aprendizaje.

Firma del paciente

Firma del familiar

Nombre y Apellidos _____

Nombre y apellidos _____

Nº habitación _____

DECLARACIÓN

He sido correctamente informado del contenido de la Escuela de Cuidadores y doy mi consentimiento para que mi familiar:

Dn/Dña.: _____

Participe como alumno de dicha escuela y sea formado en las habilidades que precise sobre cuidados básicos, para su posterior desarrollo en domicilio.

Y para que así conste.

Guadarrama, _____ de _____ de 20 ____

Paciente:

Enfermera/o titular:

Dn./ Dña.: _____

Dn./Dña.: _____

“ESCUELA DE CUIDADORES DECLARACIÓN DE PARTICIPACIÓN”

Por la presente me comprometo a participar en la Escuela de Cuidadores del Hospital Guadarrama con el fin de aprender y perfeccionar el desarrollo de los cuidados básicos que precisa una persona dependiente en domicilio, sabiendo que este proceso de aprendizaje lleva consigo un apartado de conocimientos básicos, un apartado de habilidades procedimentales que se aprenden realizándolas con su familiar bajo la supervisión de la enfermera tutora y/o el auxiliar de enfermería en quien ella ó el delegue y la mejora con la enfermera tutora, mediante un trabajo personal a lo largo del periodo lectivo que se prevé dure entre 15 días y 2 meses.

Habiendo comprendido el objetivo de este servicio, me comprometo a participar en él como alumno, bajo la supervisión de un formador de cuidados que será mi enfermera tutora, por el cumplimiento de todas las actividades que realizaremos, que se encuentran bajo la ley de protección de datos y la ley de autonomía del paciente, quedando fielmente escrito en la información de carácter personal que pueda por esta actividad conocer previo consentimiento de mi familiar y para que así conste.

Guadarrama, ____ de _____ de 20 ____

ANEXO IV: ENTREVISTA AL CUIDADOR PRINCIPAL

VALORACIÓN AL INGRESO EN LA ESCUELA DE FORMADORES.

Datos del paciente

Nombre _____ Apellidos _____

C/ _____ nº _____ Fecha _____

Localidad _____

Nº Historia clínica _____

Unidad _____

Datos del cuidador

Nombre _____ Apellidos _____

C/ _____ nº _____

Localidad _____

Edad _____ Sexo _____

Parentesco _____ Profesión _____

Teléfono de contacto _____

Disponibilidad _____

Características del domicilio

- | | |
|-----------------------------------|-------------------|
| - Baño adaptado | - Ascensor |
| - Retrete | - Ancho puertas |
| - Lavabo/ barandillas/ sujeciones | - Cama articulada |
| - Escaleras: | |
| • Número de peldaños | |

Ayudas técnicas

- silla de ruedas
- Bastón
- Andador
- Muletas
- Grúa

Ayudas en domicilio

ADQUISICIÓN DE CONOCIMIENTOS

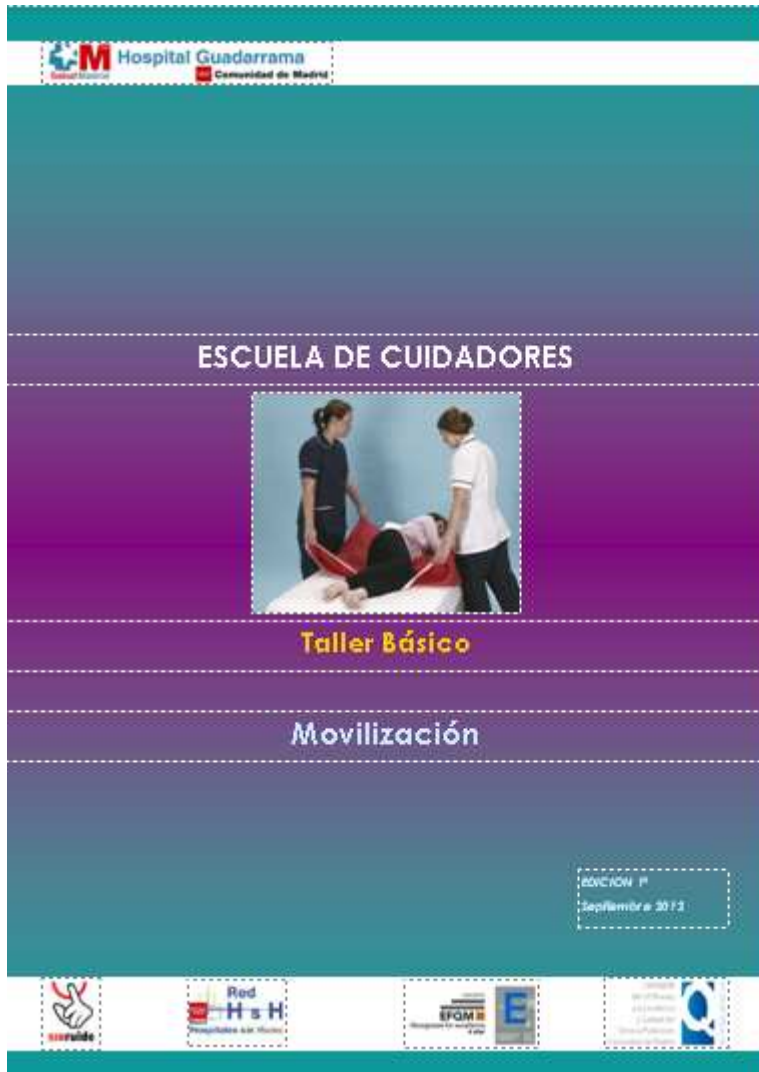
CUIDADOS	CONOCIMIENTOS INICIALES	HABILIDADES APRENDIDAS
HIGIENE		
CUIDADOS AL PACIENTE CON DIABETES		
INCONTINENCIA		
SONDAJE VESICAL		
ALIMENTACIÓN		
DISFAGIA		
SONDAJE NASOGÁSTRICO		
MOVILIZACIÓN		
TRANSFERENCIAS		
RÉGIMEN TERAPÉUTICO		

¿Se siente capacitado para realizar cuidados básicos?

¿En qué aspectos se siente menos capacitado o necesitaría ayuda?

Observaciones.

**ANEXO V MODELO DE FICHA UTILIZADA EN LA SESIÓN DE TUTORIA
DISPONIBLE EM PAPEL Y ON-LINE :**



INCONTINENCIA

DEFINICIÓN

Problema bastante común en personas mayores, la incontinencia consiste en la pérdida involuntaria de orina, heces o ambas.

CUIDADOS

- ▶ Cambiar el pañal cuando sea preciso.
- ▶ Mantener el paciente limpio y seco realizando una higiene adecuada de la zona del pañal.
- ▶ Utilizar un vestuario cómodo con ropas flojas y fáciles de abrir y manejar.

PRECAUCIONES

- ▶ Comprobar en cada cambio que no hay enrojecimiento, irritación de la piel, manchas o erupciones.
- ▶ Vigile el color y el olor de la orina.
- ▶ Evitar largos períodos de inmovilidad, hacer cambios posturales frecuentes en el paciente encamado o sentado

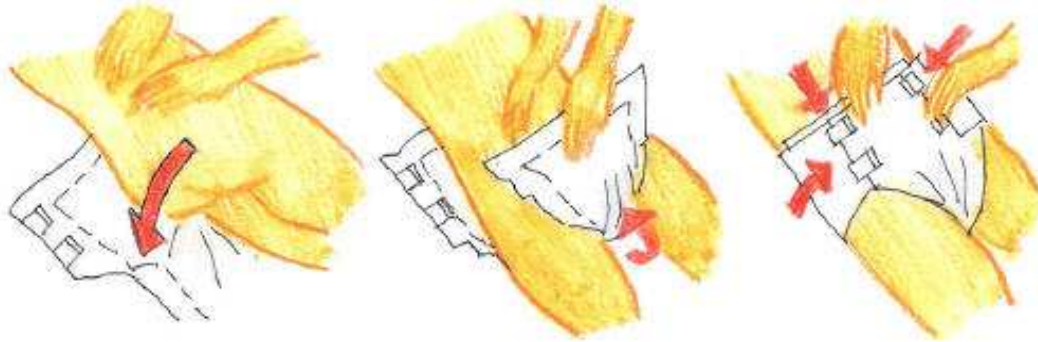
PRODUCTOS

- ▶ Pañales
- ▶ Absorbentes
- ▶ Crema hidratante

Pañal con elásticos: posición de pie



Pañal con elásticos: Acostado



ANEXO VI

EJEMPLO DE DIFUSIÓN EN INFORME DE LA MEMORIA DE ACTIVIDAD DISPONIBLE EN LA WEB :

RESULTADOS DE LA ESCUELA DE CUIDADORES AÑO 2012. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

► Informe Escuela de Cuidadores 2012

La Escuela de Cuidadores tiene por objetivo principal el entrenamiento del cuidador para mejorar el manejo y el cuidado del paciente cuando esté se encuentre en su domicilio.

Disponemos de un taller básico y otro avanzado que se imparten según las necesidades de cuidados de cada paciente. También disponemos de un taller destinado al cuidador, para prevenir la claudicación.

Durante este año se han incluido un total de 56 cuidadores, que han correspondido por plantas:

	Planta 1ª	Planta 2ª	Planta 4ª	Total
Nº pacientes/nº cuidadores	16	22	18	56

De estos 56 cuidadores, 11 han abandonado sin finalizar el periodo de entrenamiento

Hemos recogido datos de un 56% de los pacientes incluidos, y los resultados obtenidos han sido los siguientes:

Datos de los pacientes:

- Los pacientes tiene una media de edad de 74.8 años.
- El 52% son hombres y el 48% mujeres
- La media de días de estancia es de 72.24
- El 68% de los pacientes incluidos han sufrido un Ictus
- La media del índice de Barthel de los pacientes es de 16.44, presentando una dependencia severa el 96%
- El 36% de los pacientes presentan UPP

La clasificación de pacientes según el nivel de cuidados ha sido:

Nivel de cuidados	
Nivel 1	4%
Nivel 2	40%
Nivel 3	40%
Nivel 4	8%

Siendo los pacientes de nivel 2 y 3 los que representan el mayor volumen de pacientes

Con deterioro cognitivo tenemos la siguiente distribución de pacientes:

Deterioro Cognitivo	
Sin deterioro	28%
Leve	20%
Moderado	12%
No valorable	32%

Los pacientes que constan como no valorables en su estado cognitivo, son por presentar problemas en el lenguaje.

La valoración del estado de ánimo ha correspondido a:

Estado de animo	
Ansiedad	4%
Angustia	8%
Baja autoestima	4%
Animo bueno	12%
Normal	24%

Un alto porcentaje de pacientes son incontinentes.

Incontinencia	
Urinaria	96%
Fecal	36%

Datos del Cuidador principal

- ▶ La edad media del cuidador es de 43 años.
- ▶ El 24% son hombres y un 52% mujeres.
- ▶ Según la escala de ZARIT el 8% de los cuidadores tiene una puntuación superior a 46, lo que es sinónimo de sentirse sobrecargado con el cuidado de su familiar.

Algunos datos extraídos de la escala de ZARIT:

Preguntas	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces	Casi siempre
Siente que su salud se ha resentido	36%	-	24%	12%	4%
Cree que no dispone de dinero para cuidar a su familiar	32%	4%	12%	12%	-
Se siente incapaz de cuidar a su familiar por mas tiempo	40%	8%	12%	-	8%
Desea encargar el cuidado de su familiar a otras personas	44%	-	28%	-	-

El entrenamiento se centra en 5 cuidados principales (higiene, movilidad, alimentación y cuidados en la disfagia, cuidados en la incontinencia, cuidados de la piel y prevención de Ulceras por presión).

Hemos elaborado una escala en la que el máximo de la valoración de los conocimientos del cuidador puede alcanzar un total de 27 puntos. En la valoración al ingreso de los cuidadores, la puntuación alcanzada ha sido de 13.54 puntos.

Previo al alta de los pacientes entregamos una encuesta a los cuidadores para valorar su grado de satisfacción. Los datos que hemos obtenido en el año 2012, han sido los siguientes:

Resultados de la encuesta de Satisfacción de la Escuela de Cuidadores Año 2012

La encuesta se dirige al cuidador. Los ítems se puntúan del 1 al 5, siendo 1 muy insatisfecho y 5 muy satisfecho.

- ✓ **Información que ha recibido sobre la escuela de cuidadores:**
 - El 100% de los encuestados refiere estar satisfecho o muy satisfecho, siendo la puntuación media obtenida de 4,41.
- ✓ **Utilidad de los conocimientos adquiridos.**
 - El 100% de los encuestados refiere estar satisfecho o muy satisfecho, siendo la puntuación media obtenida de 4,8.
- ✓ **Accesibilidad del/la enfermero/a responsable de la enseñanza.**
 - El 100% de los encuestados refiere estar satisfecho o muy satisfecho, siendo la puntuación media obtenida de 4,6.
- ✓ **Valore la confianza y seguridad que le inspira el personal responsable de la enseñanza**
 - El 100% de los encuestados responde que es buena (35%) o muy buena (65%).
- ✓ **Atención que ha recibido a sus sugerencias.**
 - El 100% de los encuestados refiere estar satisfecho o muy satisfecho, siendo la puntuación media obtenida de 4,41.
- ✓ **Piensa que el tiempo de dedicación a su entrenamiento ha sido:**
 - 93% contestan que lo necesario.
 - 7%, menos de lo necesario.
- ✓ **Valore su grado de capacitación para el cuidado de su familiar.**
 - La puntuación media ha sido de 4,2.
- ✓ **Globalmente, cuál es el grado de satisfacción con la Escuela de Cuidadores?**
 - El 100% de los encuestados refiere estar satisfecho o muy satisfecho, siendo la puntuación media obtenida de 4,6.
- ✓ **Recomendaría este servicio a otras personas en su situación?**
 - El 100% de los encuestados lo recomendaría.

Entre las sugerencias recogidas podemos resaltar:

- ✓ Mejorar la conexión entre los participantes en la Escuela de Cuidadores
- ✓ Dedicar mas tiempo
- ✓ Hacer mas practicas.

Guadarrama, diciembre de 2012

ESCUELA DE CUIDADORES

ANEXO VII RESULTADOS DE LA ESCUELA DE CUIDADORES AÑO 2013

2. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

► Informe Escuela de Cuidadores 2013

La Escuela de Cuidadores tiene por objetivo principal el entrenamiento del cuidador para mejorar el manejo y el cuidado del paciente cuando esté se encuentre en su domicilio.

Disponemos de un taller básico y otro avanzado que se imparten según las necesidades de cuidados de cada paciente. También disponemos de un taller destinado al cuidador, para prevenir la claudicación.

Las enfermeras tutoras mantienen reuniones mensuales en donde se analizan y valora el seguimiento de los pacientes, así mismo se mantienen reuniones trimestrales con la Dirección Gerencia.

Las actividades desarrolladas en la escuela están certificadas según la NORMA UNE-EN-ISO 9001-2008.

Datos de los pacientes:

Los pacientes tiene una media de edad de 72 años.

- El 70% son hombres y el 30% mujeres
- La media de días de estancia es de 51,15
- La media del índice de Barthel de los pacientes es de 15,48 presentando una dependencia severa el 60%
- El 10% de los pacientes presentan UPP

La clasificación de pacientes según el nivel de cuidados ha sido:

Nivel de cuidados	
Nivel 1	5%
Nivel 2	60%
Nivel 3	15%
Nivel 4	20%

Siendo los niveles II y IV los que representan el mayor volumen de pacientes

Con deterioro cognitivo tenemos la siguiente distribución de pacientes:

Deterioro Cognitivo	
Sin deterioro	80%
Leve	0%
Moderado	10%
Grave	5%

La valoración del estado de ánimo ha correspondido a:

Estado de animo	
Ansiedad	5%
Apático	15%
Deprimido	5%
Triste	10%
Animo bueno	33%
Normal	35%

Un alto porcentaje de pacientes son incontinentes.

Incontinencia	
Urinaria	55%

Datos del Cuidador principal

- ▶ La edad media del cuidador es de 56,42 años.
- ▶ El 37% son hombres y un 63% mujeres.
- ▶ Según la escala de ZARIT el valor medio es de 19,63 puntos y no hemos registrados datos con una puntuación superior a 46, lo que significa que en el momento de la valoración los cuidadores no presentaron sobrecarga por el cuidado de su familiar.

Algunos datos extraídos de la escala de ZARIT:

Preguntas	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastantes veces
Siente que su salud se ha resentido	26%	37%	21%	10%
Cree que no dispone de dinero para cuidar a su familiar	5%	37%	32%	21%
Se siente incapaz de cuidar a su familiar por mas tiempo	47%	31%	26%	32%
Desea encargar el cuidado de su familiar a otras personas	26%	26%	37%	10%

El entrenamiento se centra en 5 cuidados principales (higiene, movilidad, alimentación y cuidados en la disfagia, cuidados en la incontinencia, cuidados de la piel y prevención de Ulceras por presión).

Para valorar el nivel de conocimiento de los cuidadores hemos elaborado una escala en la que el máximo de la valoración puede alcanzar un total de 27 puntos. En la valoración al ingreso de los cuidadores, la puntuación alcanzada ha sido de 5,79 en el ingreso y de 15,37 puntos en el momento del alta

Durante el mes de diciembre de este año hemos empezado a desarrollar actividades de formación grupales. Se han impartido 2 sesiones:

- ▶ Hábitos saludables, a cargo de Pilar Fernández y David Fondón
- ▶ Entrenamiento en la movilización, a cargo de Zaira Villa.

Previo al alta de los pacientes entregamos una encuesta a los cuidadores para valorar su grado de satisfacción. Los datos que hemos obtenido en el año 2013, son los siguientes:

Resultados de la encuesta de Satisfacción de la Escuela de Cuidadores Año 2013

La encuesta se dirige al cuidador.

Los ítems se puntúan del 1 al 5, siendo 1 muy insatisfecho y 5 muy satisfecho.

- ▶ **Información que ha recibido sobre la escuela de cuidadores:**
 - ✓ Puntuación media obtenida de 4,62.
- ▶ **Utilidad de los conocimientos adquiridos.**
 - ✓ Puntuación media obtenida de 4,25.
- ▶ **Accesibilidad del/l enfermero/a responsable de la enseñanza.**
 - ✓ Puntuación media obtenida de 4,75.
- ▶ **Valore la confianza y seguridad que le inspira el personal responsable de la enseñanza**
 - ✓ El 94% de los encuestados responde que es muy buena.
- ▶ **Atención que ha recibido a sus sugerencias.**
 - ✓ El 94% de los encuestados refiere estar satisfecho o muy satisfecho, siendo la puntuación media obtenida de 4,75.
- ▶ **Piensa que el tiempo de dedicación a su entrenamiento ha sido:**
 - ✓ 56,25% contestan que lo necesario.
 - ✓ 32%, menos de lo necesario.
 - ✓ 12% mas de lo necesario.
- ▶ **Valore su grado de capacitación para el cuidado de su familiar.**
 - ✓ La puntuación media ha sido de 3,38.
- ▶ **Globalmente, cuál es el grado de satisfacción con la Escuela de Cuidadores?**
 - ✓ Puntuación media obtenida de 4,69.
- ▶ **Recomendaría este servicio a otras personas en su situación?**
 - El 100% de los encuestados lo recomendaría.

Guadarrama, diciembre de 2013
ESCUELA DE CUIDADORES