

“¿Y TRAS EL ACV DE ALGUIEN A QUIÉN QUIERO, CÓMO PUEDO AYUDARLE?”



PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD HACIA CUIDADORES DE PERSONAS QUE HAYAN SUFRIDO UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

AUTORA: LYDIA VALLÉS RODRÍGUEZ

ASIGNATURA: TRABAJO FIN DE GRADO

PALABRAS: 6913 PALABRAS

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA

VITORIA-GASTEIZ

FECHA: 20 ABRIL 2020

CURSO ACADÉMICO: 2019-2020

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero dar las gracias a mi familia, y en especial a mis padres, por haber luchado tanto conmigo. Y sobre todo por enseñarme la lección de la importancia de pelear para conseguir mis objetivos y no rendirme. Así como por inculcarme grandes valores y por dejarme ser quién yo quiero ser.

En segundo lugar, a todos mis grandes apoyos durante estos 4 años, sé que hemos peleado juntos y por fin hemos llegado al final. Gracias por todos esos momentos pasados, por todas las risas y por haber sido las personas de mi día a día, por haberme dejado confiar en vosotros y gracias por toda la confianza depositada en mí. ¡Os quiero!

Gracias, en especial a ti Nagore, porque has sido mi fiel apoyo día tras día, por ser la que mejor me ha entendido y porque en mis momentos más bajos has sabido creer en mí y darme la luz que necesitaba.

Por último, dar las gracias a todos los profesores, tutores y enfermer@s que habéis estado conmigo, gracias por haberme enseñado todo lo que sabéis y por haber puesto vuestro granito de arena en ayudarme a ser la enfermera que quiero ser.

ÍNDICE

1. Introducción	01
2. Marco teórico y justificación	02
3. Objetivos del programa	06
4. Metodología pedagógica	07
5. Diseño del programa	09
• Definición de la población	09
• Estrategias de difusión y captación de la población	10
• Esquema de las sesiones educativas	11
• Desarrollo de las sesiones 1, 3 y 4	12
• Presupuesto del programa	21
• Evaluación del programa	22
6. Bibliografía y referenciación	23
7. Anexos	27
Anexo 1: Tabla de conceptos	27
Anexo 2: Ecuación de búsqueda y tabla de resultados	28
Anexo 3: Diagrama de flujo	30
Anexo 4: Guión de lectura crítica de estudios de investigación	31
Anexo 5: Tablas de resumen de los estudios de investigación	36
Anexo 6: Desglose factores modificables y no modificables de padecer un ACV	42
Anexo 7: Póster del programa	43
Anexo 8: Folleto del programa	44
Anexo 9: Diapositiva sesión 1	45
Anexo 10: Escala FAST para la detección del ictus	46
Anexo 11: Desarrollo sesión 2	47
Anexo 12: Tríptico UPP	50
Anexo 13: Crucigrama sesión 4	51
Anexo 14: Desarrollo sesión 5	52
Anexo 15: Casos de comunicación para hacer role-playing	54
Anexo 16: Cuestionario de evaluación	55
Anexo 17: Diploma / certificado de asistencia al programa	57

1. Introducción

El accidente cerebrovascular (ACV) o ictus es una afección caracterizada por una disminución del aporte de oxígeno al cerebro, como consecuencia, la irrigación cerebral es defectuosa.

Es una de las primeras causas de mortalidad a nivel estatal, 28,5% aproximadamente. Las personas supervivientes tienen numerosas repercusiones tanto a nivel físico, como psico-emocional y social. Así mismo, pueden sufrir grandes cambios de roles al no poder encargarse de su autocuidado y tener que depender de un tercero.

Además, los cuidadores de estas personas tienen que enfrentarse a numerosas barreras. Tienen grandes preguntas de cómo realizar el cuidado al ser un terreno desconocido para ellos y requiere de un gran aprendizaje.

Dada la prevalencia del ictus y de las secuelas derivadas que requieran personas cuidadoras y de sus dificultades de aprendizaje se crea un programa de educación para la salud. Como objetivo tiene que los cuidadores tengan competencia para realizar un autocuidado propio y un cuidado que cubra las necesidades de los que hayan sufrido un ACV. Para alcanzar dicho objetivo se establecerán actividades repartidas a lo largo de 5 sesiones en las que se trabaje el conocimiento, la habilidad y la actitud. Todo esto para establecer cambios en la forma de cuidar y adoptar nuevas estrategias.

Dicho programa se va a centrar en la Teoría Social del aprendizaje de Bandura, va a ser dirigido hacia la persona. Se va a realizar una evaluación sumativa y formativa para valorar si los cuidadores han adquirido competencia y verificar el cumplimiento de los objetivos planteados.

2. Marco teórico y justificación

El accidente cerebrovascular (ACV) o ictus es una afección que se produce por una disminución u obstrucción del flujo sanguíneo, esto hace que la irrigación cerebral sea defectuosa. En consecuencia el cerebro no recibe el aporte necesario de oxígeno ¹.

Dependiendo de su origen, puede ser isquémico (80-85% de los casos) o hemorrágico (15-20%). El isquémico sucede al existir obstrucción de algún vaso sanguíneo que aporta oxígeno al cerebro. Puede ser por trombosis (coágulo formado en el lugar de la obstrucción) o por embolia (el coágulo llega desde otra parte del sistema circulatorio). El hemorrágico, se da al haber una rotura de un vaso sanguíneo encargado de la irrigación cerebral ^{1,2,3,4}

Las manifestaciones más frecuentes dentro de ambos tipos de ictus son: desorientación, ataxia (falta de control muscular o de coordinación de los movimientos voluntarios) y problemas en el habla. Centrándonos en el isquémico los síntomas más habituales son parálisis parcial, cosquilleo y adormecimiento. Además pueden existir síntomas neurológicos que desencadenen en crisis convulsivas. En el hemorrágico lo más usual es la aparición de dolores de cabeza intensos de manera repentina, náuseas, vómitos y estados mentales alterados ⁴.

Tras darse alguna manifestación, se debe pedir asistencia sanitaria para verificar si está sucediendo un ACV o no ya que el tratamiento precoz es vital al existir durante la fase aguda una ventana terapéutica que dura entre 3 y 6 horas. Si se realiza una intervención en ese margen de tiempo se consigue modificar la evolución del infarto cerebral ya que si se establece una reperusión de la zona isquémica su daño es reversible ⁵. Una actuación rápida y eficaz, lleva a disminuir las consecuencias a largo plazo y la estancia hospitalaria.

Hay varios tipos de tratamientos que se pueden emplear, diferenciados en relación a su manejo, conservador o quirúrgico. El conservador es realizado con medicación. Se pueden utilizar anticoagulantes y fibrinolíticos para tratar el coágulo rompiéndolo y “disolviéndolo” y para que no se formen nuevos. Se puede utilizar sueroterapia para mejorar el flujo sanguíneo y reducir el edema cerebral ^{6,7}. El quirúrgico se realiza a través de la endarterectomía de la arteria afectada, esta medida sirve para limpiar las placas de ateroma que existan y se pueden colocar stents para restablecer el flujo sanguíneo ⁷.

Aunque existan tratamientos eficaces para la prevención secundaria, se debe actuar sobre la primaria y la terciaria. Teniéndolo en cuenta, hay factores en los que podemos incidir para disminuir la posibilidad de padecer un ACV o de que exista una recidiva. Aún así, hay otros sobre los que no podemos actuar. Atendiendo a estas diferencias, podemos desglosarlos en modificables y no modificables ^{1,8,9,10}. (Anexo 6)

Es vital incidir en minimizar estos factores ya que en España el ACV es una de las primeras causas de mortalidad, primera en mujeres y segunda en hombres ¹¹. A nivel estatal, la media es

de 116 mil ACV anuales, dentro de ellos fallecen 33 mil, 28,5% de mortalidad ¹¹. En Álava durante el 2015 se produjeron 951 ingresos por ictus (440 mujeres y 511 hombres); la tasa de mortalidad hospitalaria fue un 10% en mujeres y un 11% en hombres. Sumando las extrahospitalarias, hay 22,7% de mortalidad femenina y 16% en la masculina ¹².

Teniendo en cuenta a las personas supervivientes al ACV cabe decir que sufrirlo lleva a una disminución en la calidad de vida al darse numerosas repercusiones tanto a nivel físico, como emocional/psicológico y social.

En relación a lo **físico**, es una de las primeras causas de discapacidad a nivel global ⁸. Tras el paso de 6 meses un número elevado de personas continua con secuelas físicas. Un 48% padecen de hemiparesia, un 22% son incapaces de andar, entre un 24-53% necesitan ayuda para las actividades de la vida diaria y entre un 12-18% están afásicos. Así mismo, hay un 16% que presenta algún tipo de disfagia y un 31,6% deterioro cognitivo ^{10,13,14}.

En cuanto a lo **psicológico/emocional** un porcentaje elevado de personas se encuentra en una situación de depresión y tienen una disminución notable de su autoestima ^{10,14}. Esto es al no considerarse útiles por adquirir una dependencia y precisar ayuda para actividades que podían realizar de manera autónoma. Además, cobra gran importancia sufrir una alteración del rol bien porque no pueden hacer lo previo y por asumir la necesidad de precisar cuidados.

En referencia a lo **social** hay gran afectación, ya que se suelen encerrar en sí mismos. Parte de ello, es por las grandes dificultades que tienen para participar en actividades dentro del ámbito familiar y en mayor medida dentro del comunitario ¹⁴. Aparte, suele haber alteración del rol; por ejemplo, en el caso de que sean trabajadores no van a poder aportar ingresos.

No solo se ven afectadas las personas que padecen el ictus, sino también los cuidadores o familiares que les acompañan en su proceso de salud-enfermedad ¹⁵. Al igual que ellos se encuentran perjudicados en estas tres esferas: físico, psicológico/emocional y social.

Partiendo de lo **físico**, los cuidadores pueden llegar a experimentar a medio-largo plazo dolores musculares y lumbalgias por la no ejecución correcta de las acciones derivadas del cuidado ^{15,16,17}.

Teniendo en cuenta la esfera **emocional/psicológica** cabe decir que cuidar aumenta los niveles de ansiedad, estrés, depresión y de la presión o esfuerzo lo que lleva a una peor salud mental ^{15,16,17}.

En relación a lo **social** pueden experimentar disminución de su intimidad y alteración de su rol habitual al adquirir uno nuevo. Esto lleva a una reducción de su actividad laboral como de la de ocio ^{15,16,17}.

Todo esto, puede llevarles a sufrir el síndrome de Burnout (síndrome de sobrecarga del cuidador). Dicho síndrome es una combinación de síntomas ansiosos y depresivos. Su establecimiento puede ser por no tener estrategias de afrontamiento para adaptarse a las situaciones ¹⁸.

En relación a su vida en conjunto, hay gran afectación al romperse los roles previos y existir una reasignación. Es inesperado, por lo que deben pasar por un proceso de duelo y readaptación.

En un primer momento al comprometerse al realizar el cuidado aparte de sufrir el cambio de roles anteriormente mencionado hay más barreras a las que se deben enfrentar y superar al ser un terreno desconocido.

Pueden tener que enfrentarse a obstáculos de lugar de acción, como barreras físicas en los hogares ya que las casas no suelen estar adaptadas. Además deben realizar actividades que nunca han realizado previamente y son complicadas de ejecutar sin preparación previa ^{15,19}. Por otro, suelen tener dudas en la forma de cómo realizar el cuidado, si la persona se va a recuperar o no y cómo actuar para prevenir nuevos ACV. Todo esto es por no recibir la información suficiente por parte del personal sanitario ¹⁵.

También deben enfrentarse a la conducta que adquiera la persona afectada porque debe pasar por un proceso de duelo y de readaptación. Los cuidadores le tienen que apoyar, pero dar ayuda emocional es más difícil respecto a la física ^{15,19}. Así mismo, pueden experimentar sentimientos de culpabilidad, tristeza y de carga excesiva ^{20,21}. Tienen miedo a la recaída de la persona que cuidan o a que no se recupere; si no ven una evolución, la culpa aumenta al considerar que su cuidado no es efectivo. Además, pueden sentir rabia debido a cómo ven a su ser querido y por tener que realizar una acción impuesta.

En el proceso de cuidar, no solo influye la forma de ser de la persona afectada o del cuidador ni los sentimientos/emociones que tengan. Afectan notablemente los lazos que se tengan y de lo que le haya afectado el ACV, ya que manejar una enfermedad es complejo y más dificultoso a medida que esta avanza.

Aun así, cabe incidir en que se ha visto que “los problemas de salud del cuidador están más relacionados con los comportamientos del enfermo que con el nivel de dependencia y la intensidad de los cuidados” ²¹.

Aparte de lo anteriormente mencionado, hay que tener en cuenta que muchas veces las personas cuidadoras lo sienten como una obligación impuesta por el parentesco por las normas sociales. Esto hace que existan conflictos personales internos, por ello es necesario valorar la calidad de la relación cuidador-enfermo ya que puede no ser la idónea ¹⁹.

El que una persona sufra un ACV no solo incide en su forma de vivir y en la del cuidador, también hay costes sanitarios y sociales derivados de ello.

En relación a los costes sanitarios se estima una media de 3.047 euros por ACV en costes de hospitalización; pero sufrir un ictus lleva a un gasto de unos 43.129 euros durante el transcurso de la vida por paciente ¹¹. Estos gastos pueden ser derivados de rehabilitación, consultas médicas relacionadas con el seguimiento y evolución del ictus, consultas de enfermería, visitas a urgencias... ²² Dichos costes en su globalidad son un 3% del gasto sanitario nacional ¹¹.

Además de la existencia de costes sanitarios también hay sociales de transición. Estos son absorbidos por el afectado, por la familia o por su cuidador. Son derivados de las adaptaciones que se deben realizar en el domicilio o de la disminución de los ingresos. También se puede tener que adaptar los vehículos como consecuencia de las limitaciones funcionales ²².

Realizar un programa educativo con los cuidadores es necesario al poder llevar a una disminución de los costes sanitarios. Esto es al no necesitar acudir tantas veces a consultas para resolver dudas sino que las tendrán resueltas gracias al programa. Además se les van a dar estrategias de afrontamiento para el manejo de la nueva situación.

Se ha visto que realizar este tipo de programas es efectivo ya que a los cuidadores les ayuda a poder adquirir un mayor conocimiento acerca de la patología, así como de las secuelas y de cómo manejarlas ^{15,23,24,25}. Esto lleva a una mejor calidad del cuidado que se da. Así mismo, conocerán cuáles son los signos de alarma ante los que hay que estar alerta y no precisarán de la utilización de los servicios de urgencias de manera habitual.

Por otro, a la persona que ha sufrido el ACV le ayuda ya que de manera indirecta la aplicación de nuevas estrategias por parte de los cuidadores lleva a una influencia positiva; se ha visto que lleva a una reducción del déficit cognitivo, de la ansiedad y de la depresión ²⁶.

El programa es beneficioso para la sociedad ya que las personas que acuden pueden transmitir conocimientos. Puede ayudar a que se reconozca un ACV de manera precoz al pasar la escala FAST cuya sensibilidad es alta y buscar una asistencia sanitaria temprana ²⁷.

Para finalizar cabe decir que el desarrollo del programa se va a realizar teniendo en cuenta los principios de la bioética. Atendiendo a la autonomía, cada participante del programa es el que va a decidir si quiere acudir o no de manera libre y sin impedimentos. Su fin de creación es la beneficencia para llevar a una mejor calidad de vida tanto de los cuidadores como de los afectados. En relación a la no maleficencia, dicho programa no va a producir daño para los participantes que lo cursen. Por último, en relación a la justicia se va a dejar que participen todas las personas que se sitúen dentro de los criterios de inclusión y no cumplan alguno de exclusión.

3. Objetivos del programa

- **Meta**

- Contribuir a un aumento de la calidad de vida de cuidadores y enfermos que han padecido un accidente cerebrovascular.

- **Objetivo general del programa:**

Al finalizar el programa los cuidadores tendrán competencia para realizar un autocuidado propio y un cuidado que cubra las necesidades de los pacientes que hayan sufrido un ACV

- **Objetivos intermedios:**

Al finalizar el programa los cuidadores de personas que han sufrido un ACV:

- Habrán adquirido conocimiento para el manejo correcto de un ACV y de su propio autocuidado
- Mostrarán actitud positiva para implementar las estrategias que se les den en relación con el cuidado del afectado y del suyo propio
- Habrán adquirido habilidades para realizar un cuidado de calidad y un buen autocuidado

4. Metodología pedagógica

La educación para la salud es una de las bases de la enfermería, desde su origen se ha basado en el modelo biomédico, consistía en la transmisión de información para llevar a cambios en la forma de comportamiento ^{28,29}. El profesional informaba de manera unidireccional y el usuario tenía un papel de sumiso y no podía decidir sobre su salud ²⁹. Se ha visto que la mera transmisión de conocimientos no es efectiva para el aprendizaje; se deben tener en cuenta los factores que rodean al individuo así como ver los recursos que dispone ²⁸.

Por esta razón mencionada, el programa educativo se va a basar en la “Teoría Social del Aprendizaje de Bandura”. Esta teoría se centra en la persona siendo entendida como un ser holístico que conoce sus necesidades e influenciado por un contexto multidimensional avalado por factores personales, ambientales y sociales ^{30,31}. Esto implica que para llevar a cambios de conducta se deben abordar conjuntamente los factores que rodeen a la persona para que sea efectivo.

Aún así, hemos de tener en cuenta en qué etapa del cambio se encuentran los cuidadores, para ello atenderemos al Modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente. Será fundamental ver en qué fase se encuentran: precontemplación, contemplación o preparación ³².

Es importante, ya que si los cuidadores no quieren realizar cambios ni aplicar las estrategias que se les den y enseñen no va a ser efectivo. Por ello, es vital trabajar a través del análisis de conductas y acciones para que verifiquen si lo están realizando todo correctamente o pueden realizar cambios para progresar.

También se va a trabajar a través de la entrevista motivacional, se busca que los cuidadores vean una necesidad de aprender y aumenten su motivación para hacer la función adquirida. A través de la motivación extrínseca se quiere que pase a ser intrínseca, ya que esta última es la que lleva a realizar cambios ³³. Se tratará de que los cuidadores vean lo positivo que puede ser realizar cambios no solo para ellos mismos, sino también para la persona que cuidan.

Atendiendo al desarrollo de las sesiones, en primer lugar va a ser imprescindible valorar los conocimientos previos para ver desde qué punto partimos. En ello el principio de individualidad cobra gran importancia ya que cada cuidador es diferente y la persona cuidada también, debemos valorar que necesidades tienen y que conocimientos necesitan ser reforzados ³⁴.

Así mismo, cabe decir que el aporte de información y de conocimientos no se va a realizar a través de la vía expositiva en exclusiva. Se va a trabajar sobre el principio de multisensorialidad para tratar de garantizar el aprendizaje el 90% del tiempo ³⁴. Se van a utilizar métodos ilustrativos y el role playing. Se pretende que lo impartido de manera teórica pase a ser práctico, por ejemplo para poder mostrar cómo movilizar a una persona afectada se empleará un soporte audiovisual y luego se trabajará de forma práctica dentro de la misma sesión.

Se van a trabajar dinámicas de grupo, para que el aprendizaje sea compartido lo cual es beneficioso. Se quiere que los cuidadores adopten una postura activa y compartan experiencias. Va a servir para fomentar el aprendizaje ya que van a poder dar mecanismos que puedan ser útiles para el resto si se encuentran en una situación parecida ²³.

Por otro lado, teniendo en cuenta que el aprendizaje tiene un componente emocional, a lo largo del desarrollo del programa se va a promover que los participantes expresen sus emociones y sentimientos ³⁴. Esto puede disminuir su carga de estrés al sentirse escuchados y apoyados. La disminución de dicha carga es porque la represión de las emociones bien sean positivas o negativas la produce ³⁵.

Se quiere que las sesiones sean participativas y que el papel de la enfermera sea de referente o de guía. La enfermera es la persona a la que pueden acudir si tienen dudas; va a organizar la sesión y realizar las explicaciones oportunas. Lo principal es que los cuidadores puedan hablar, comentar y expresarse. Es importante nutrirse de las experiencias de iguales, ya que suelen ser muy favorecedoras.

Durante las sesiones se van a ir evaluando los objetivos específicos, si alguno de ellos no se logra, se va a consultar las razones por las cuáles no se ha conseguido. Con ello se van a implementar acciones, bien pueda ser reforzando dicha materia en otras sesiones, resolviendo dudas o dando recursos adicionales.

Se va a dejar un espacio en las sesiones para que puedan resolver dudas o realizar comentarios de las previas o de la que está en curso. En caso de dudas de carácter urgente se va a poder utilizar un teléfono de contacto o un email.

Por último, cabe decir, que aunque este programa va enfocado solamente a los cuidadores, también tiene repercusión directa en las personas que estén a su cargo, ya que van a ser las que reciban los cuidados de mayor calidad. No solo se quiere contribuir a un aumento de la calidad de vida de los cuidadores, sino también de los afectados por el ACV.

5. Diseño del programa

• Definición de la población

El programa educativo está dirigido hacia personas que vayan a efectuar tareas de cuidador principal de una persona que haya sufrido un ACV.

Los **criterios de inclusión** marcados son que los participantes tengan más de 18 años y sean el cuidador principal así como tener capacidad de autocuidado y considerarse apto para cuidar. Deben comprender y hablar correctamente castellano ya que es el idioma en el que se va a impartir. Las personas cuidadas deben haber sufrido el ACV recientemente (< 6 meses) para tener una homogeneidad de grupo y porque en los primeros meses es cuando surgen más dudas y es cuando más se puede incidir en cómo realizar las acciones derivadas del cuidado. Las personas afectadas deben tener únicamente secuelas físicas ya que otro tipo de secuelas como afasia y apraxia deben ser valoradas por otros profesionales como por ejemplo logopedas.

Entre los **criterios de exclusión** están el tener formación sanitaria en relación al cuidado de personas que hayan sufrido un ACV. También que el ACV al afectado no le haya repercutido o no tenga secuelas. Los participantes no podrán ser cuidadores por patologías previas al ACV. No se incluirán personas afectadas que estén en un proceso paliativo, ya que se considera que no se busca una recuperación sino que tengan un buen final de vida. Por último los cuidadores no pueden tener en la escala Minimental (MEC) una puntuación inferior a 30 puntos según el examen valorado en 35 puntos ya que se necesitan gozar de buenas capacidades cognitivas y no presentar un deterioro.

El programa va a ser impartido durante 5 semanas en una relación de 1 sesión por semana de 1 hora y media. Las sesiones serán impartidas por las tardes en horario de 16:30 a 18H, para facilitar el acceso. Se van a realizar en el Polideportivo de Hegoalde en una sala cedida por el Ayuntamiento de Vitoria Gasteiz. Se ha escogido este lugar al ser céntrico y tener facilidad de acceso.

El material que se vaya a utilizar se encontrará en la sala en la que se imparta el programa. Parte del material será pedido a Osakidetza, otra será cedida por parte del polideportivo y del centro cívico. Así mismo el material didáctico necesario (presentaciones en powerpoint, trípticos, crucigramas...) se encargará de llevarlo la enfermera encargada del programa y lo llevará previamente a realizar la sesión y tendrá la opción de dejar el material guardado en armarios dispuestos para ello.

El grupo estará formado por un mínimo de 10 personas y un máximo de 12. Se marca este número ya que la evidencia recomienda que los grupos sean de este tamaño para que puedan

compartir entre ellos y para que sea lo más dinámico posible ³⁶. Para participar se requiere un compromiso de asistencia.

- **Estrategias de difusión y captación de la población:**

En cuanto a la difusión, se va a poner información del programa a modo de póster (anexo 7) en los hospitales, centros de atención primaria, y en los diferentes centros cívicos y polideportivos de la ciudad.

Para llevar a cabo la captación se van a tener dos ramas, la hospitalaria (HUA Txagorritxu y HUA Santiago) por un lado y atención primaria (centros de salud de Vitoria Gasteiz) por otro.

En los hospitales el foco de captación va a estar en las unidades de neurología o en la de ictus, ya que allí suelen estar ingresadas las personas que hayan sufrido un ACV. Además, se va a informar al resto de unidades y al profesional sanitario para que puedan dar información del programa. Esto es ya que puede haber personas afectadas ingresadas fuera de las unidades anteriormente mencionadas.

En atención primaria la captación se va a realizar en un primer lugar a través de las llamadas telefónicas realizadas al revisar las continuidades de cuidados al alta en la población susceptible de participar. Aun así si alguien acude al centro de salud interesado en el programa se le dará la información y se verificará si cumple los criterios de inclusión.

La captación será realizada por enfermería entre los meses de agosto y octubre de 2020, para realizar el programa a lo largo de 5 semanas distribuidas entre los meses de noviembre y diciembre del mismo año.

La gente que muestre su interés tendrá que dar sus datos personales así como de contacto. A finales de octubre la enfermera irá contactando con las personas y les realizará una entrevista, servirá para valorar si pueden ser incluidos en el programa atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión. Si es que pueden ser incluidos se les informará de cuándo y cómo se van a realizar las sesiones y de su contenido, para que determinen si les interesa o no.

Tras entrevistar y determinar las personas interesadas, a mediados de noviembre se les llamará telefónicamente para verificar su interés. Se les recordará la importancia de adquirir un compromiso de asistencia. Finalmente, se recolectará a un mínimo de 10 y un máximo de 12 cuidadores para realizar el programa. Se quiere que el programa tenga carácter continuo, que al finalizar un grupo comience otro y así sucesivamente. Para formar nuevos grupos, se pondrá en una lista de espera a la gente que haya quedado fuera y se les informará de que son candidatos en caso de que sigan interesados.

• Esquema de las sesiones educativas

	TÍTULO	CONTENIDO	ACTIVIDADES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
SESIÓN 1:	“Conozcámonos y aprendamos lo que tenemos entre manos”	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es el ACV? ¿Cuáles son los signos y síntomas de alarma? • Escala FAST 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conozcámonos 2. ¿Y qué creo yo que es un ACV? 3. ¿Estaba en lo correcto? 4. ¿Cómo detecto un ictus y qué hago? 	<ul style="list-style-type: none"> • Describir e identificar los accidentes cerebrovasculares • Definir qué es la escala FAST y para que se usa • Desarrollar habilidad para el uso de la escala FAST • Interesarse por el manejo de la escala FAST cuando sea preciso
SESIÓN 2:	“Mejorar en mi forma de cuidar”	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas para el cuidado (transferencias, deambulaci3n y vestido) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué me es más difícil? 2. ¿Y cómo lo hago bien? 3. ¡Vamos a practicar! 	<ul style="list-style-type: none"> • Definir cómo realizar las actividades básicas del cuidado (movilización, ayuda en la marcha y en el vestido) • Demostrar habilidad para la ejecución de las actividades básicas • Demostrar actitud positiva y ganas para implementar las estrategias nuevas aprendidas

SESIÓN 3:	“Muéveme y previene”	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de UPP • Realizar cambios posturales 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Escúchame, léeme y reflexiona 2. No puedo girarme por mí solo. ¡Ayúdame! 3. El reloj de mi día 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar cómo prevenir las UPP y qué consecuencias tienen estas. Así como del material que se puede utilizar • Demostrar habilidad para la realización de cambios posturales • Demostrar actitud positiva para el manejo de las UPP así como de los cambios posturales
SESIÓN 4:	“Cuidarme para poder cuidar”	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión del estrés • Sentimientos y necesidades 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explótame y libérate 2. Reflexiona y comparte 3. Búscame y verifica 	<ul style="list-style-type: none"> • Distinguir la importancia del autocuidado • Demostrar habilidad para realizar un autocuidado eficaz • Demostrar actitud positiva para llevar a cabo un autocuidado
SESIÓN 5:	“Escúchame y apóyame”	<ul style="list-style-type: none"> • Role playing cuidador-afectado • Barreras en el proceso comunicativo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo actúo yo? 2. ¿Qué afecta al proceso comunicativo? 	<ul style="list-style-type: none"> • Demostrar la realización de una buena comunicación con el afectado • Demostrar habilidad comunicativa y actitud positiva para la escucha activa

• Desarrollo de las sesiones

Las sesiones en su totalidad están dirigidas hacia un grupo de mínimo 10 y máximo 12 cuidadores de personas que hayan padecido un ACV.

Los recursos humanos y materiales que se van a utilizar son: 1 enfermera, la sala del polideportivo de Hegoalde, 13 sillas, un proyector, un ordenador, una impresora y tóner.

Así mismo, se requieren una pizarra y tizas o rotuladores para ella.

Si se utiliza algún recurso específico para la realización de alguna sesión se detallará en la tabla de actividades.

SESIÓN 1: “Conozcámonos y aprendamos lo que tenemos entre manos”

Objetivos específicos de aprendizaje:

- Describir e identificar los accidentes cerebrovasculares
- Definir qué es la escala FAST y para que se usa
- Desarrollar habilidad para el uso de la escala FAST
- Interesarse por el manejo de la escala FAST cuando sea preciso

ACTIVIDAD 1: CONOZCÁMONOS	
OBJETIVOS:	<ul style="list-style-type: none">• Conocerse entre los cuidadores y crear un buen ambiente• Tener una idea general de cómo se van a desarrollar las sesiones del programa• Identificar las necesidades de aprendizaje de cada participante
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	<p>*Previo al desarrollo de la sesión la enfermera deberá tener pegatinas del nombre de los participantes y tendrá la suya colocada*</p> <p>Los participantes a su llegada verán un círculo hecho con sillas, tomarán asiento. En ese momento la enfermera se presentará y les entregará un folleto del programa y presentará el programa, indicando que son 5 sesiones de 90 minutos y su contenido. Les recordará que hay un teléfono de contacto que pueden usar y un email para la resolución de dudas las cuáles serán contestadas en un plazo de 24h. (10 minutos)</p> <p>Acto seguido, se les entregará a cada cuidador un cuestionario de la escala Zarit para que lo cumplimenten. Se les informará de que lo deberán volver a rellenar a los 3 meses tras finalizar el programa y al año. (5 min)</p> <p>Después, la enfermera cogerá una pelota y se la pasará a un participante para que comience a presentarse. La presentación incluirá nombre, razón por la que acude, secuelas del afectado y deberán mencionar lo que esperan del programa y qué necesitan o les gustaría aprender. (20 minutos)</p> <p>Cada vez que un participante acabe deberá pasar la pelota a otro. Además, la enfermera le pasará una pegatina con su nombre para que se la coloque y así puedan dirigirse por el nombre.</p>
TIEMPO	35 minutos

ACTIVIDAD 1: CONOZCÁMONOS

MATERIAL DE APOYO	Pelota + pegatinas + folleto del programa (anexo 8)
--------------------------	---

ACTIVIDAD 2: ¿Y QUÉ CREO YO QUÉ ES UN ACV?

OBJETIVOS:	<ul style="list-style-type: none">• Valorar los conocimientos de los cuidadores de qué es un ACV• Realizar una reflexión conjunta
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	<p>Al último participante se le dirá que continúe con la pelota entre sus manos y que se la pase a otro o comience él.</p> <p>En esta actividad, los participantes deberán ir nombrando lo que es el ACV para ellos y en qué creen que puede afectar. Mientras hablan, la enfermera irá anotando en la pizarra las palabras clave.</p> <p>Cada vez que un participante acabe de hablar, le pasará la pelota a otro y así sucesivamente. El último devolverá la pelota a la enfermera.</p> <p>Tras haber hablado todos, los participantes deberán elaborar una definición conjunta del ACV con las palabras escritas en la pizarra y se dejará escrita.</p>
TIEMPO	20 minutos
MATERIAL DE APOYO	Pizarra y rotuladores

ACTIVIDAD 3: ¿ESTABA EN LO CORRECTO?

OBJETIVOS:	<ul style="list-style-type: none">• Describir qué es un ACV y cuáles son sus características
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	<p>La enfermera explicará a través de una diapositiva que es un ACV, y los tipos existentes.</p> <p>Tras ello, los participantes deberán reconstruir la definición que habían escrito en la pizarra; escribirla en una cartulina y pegarla en la sala.</p> <p>Se irán resolviendo las disconcordancias de la definición previa con la real para que los cuidadores adquieran conciencia de qué es un ACV y qué puede provocarlo.</p>
TIEMPO	15 min
MATERIAL DE APOYO	Diapositiva sesión 1 (anexo 9) + pizarra + rotuladores y cartulina

ACTIVIDAD 4: ¿CÓMO DETECTO UN ICTUS Y QUÉ HAGO?	
OBJETIVOS:	<ul style="list-style-type: none"> • Definir la escala FAST y para qué se usa • Identificar un ACV • Demostrar habilidad para el uso de la escala FAST • Interesarse por el manejo de la escala FAST cuando sea preciso
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	<p>Se entregará a cada participante una hoja en la que se detalla de manera ilustrativa la escala FAST. Se les explicará que sirve para determinar si una persona está sufriendo un ictus revisando la cara, discurso y movimiento de brazos.</p> <p>La enfermera les indicará que es importante una detección rápida y pedir asistencia sanitaria temprana.</p> <p>Tras realizarlo, la enfermera pedirá a un participante que se muestre afectado por un ACV (tenga una alteración en el discurso o presente problemas para mover sus extremidades)</p> <p>Al mostrarlo, la enfermera le pasará la escala FAST mientras el resto de cuidadores podrán observar cómo realizarlo y después hará una simulación de una llamada a urgencias-emergencias. En la llamada deberá mencionar que el paciente muestra signos de ictus, que le ha pasado la escala FAST y que ha mostrado disfunción en alguna de las partes.</p> <p>Tras ello, se pedirá la colaboración de 5 participantes; a cada uno de ellos se les dirá que muestren alguna dificultad susceptible de estar padeciendo un ictus.</p> <p>El resto al observarlo deberán actuar de forma práctica, pasando la escala FAST y haciendo una llamada simulada a urgencias.</p> <p>Para estimularles la enfermera les pondrá un marco real de que están en la calle y se encuentran a una persona de esa manera.</p>
TIEMPO	20 min
MATERIAL DE APOYO	Material ilustrativo escala FAST (Anexo 10)

Tras realizar esta última actividad, la enfermera dejará un espacio para resolver dudas. Les preguntará qué les ha parecido la sesión, contenido de las actividades y si cambiarían dinámicas.

Les hará una introducción de la próxima, enfocada al cuidado de la persona y les recomendará acudir con ropa cómoda para desarrollar las actividades prácticas.

Se les pedirá que traigan un conjunto de ropa extra en una bolsa para utilizarlo en la sesión (camiseta + pantalón + sudadera)

Desarrollo sesión 2: “Mejorar en mi forma de cuidar” (Anexo 11)

SESIÓN 3: “Muéveme y previene ”

Objetivos específicos de aprendizaje por sesión:

- Identificar cómo prevenir las úlceras por presión (UPP) y qué consecuencias tienen estas. Así como del material que se puede utilizar
- Demostrar habilidad para la realización de cambios posturales
- Demostrar actitud positiva para el manejo de las UPP así como de los cambios posturales

Al inicio se les consultará si han aplicado las estrategias que se les dieron en la sesión previa. Si las han usado que indiquen: cómo lo han hecho, y si les ha sido efectivo o no.

ACTIVIDAD 1: “ESCÚCHAME, LÉEME Y REFLEXIONA”	
OBJETIVOS:	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el conocimiento de los participantes acerca de las UPP • Identificar qué son las UPP, por qué se producen y qué se puede hacer para prevenirlas • Demostrar conciencia y actitud positiva para su prevención
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	<p>Al inicio de la actividad la enfermeras le planteará esta pregunta “¿qué son las UPP y cómo podemos prevenirlas?”. Los cuidadores deberán interactuar para contestar la pregunta. Irán diciendo ideas que se apuntarán en la pizarra. (15 minutos)</p> <p>Tras ello, la enfermera les entregará el tríptico, los participantes deberán leerlo. Después de su lectura, la enfermera lo explicará. (10 minutos)</p> <p>Por último deberán decir qué es lo que les llama la atención en relación a las UPP y que estrategias consideran que pueden poner en marcha para la prevención. (10 minutos)</p>
TIEMPO	35 minutos
MATERIAL DE APOYO	Tríptico “Qué puedo hacer para decir ¡No! a las úlceras por presión (Anexo 12)

ACTIVIDAD 2: NO PUEDO GIRARME POR MÍ SOLO, ¡AYÚDAME!

OBJETIVOS:	<ul style="list-style-type: none">• Familiarizarse en la realización de cambios posturales• Demostrar actitud positiva para cambiar al paciente de postura para la prevención de las UPP
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	<p>Para comenzar la actividad se visionará un vídeo de realización de cambios posturales ⁴⁰. (5 minutos)</p> <p>Después de visualizarlo, los cuidadores se pondrán por parejas para realizar cambios posturales en colchonetas. (25 minutos)</p> <p>La enfermera irá revisando cómo realizan los cuidadores los cambios para darles consejos de mejora.</p> <p>Aunque los cambios se realicen tumbados, se les recordará la importancia de poner a los afectados en otras posiciones como sedestación y estimularles a que caminen y estén en bipedestación ya que en esa postura no hay puntos de presión.</p> <p>Se indicará que estos cambios deben hacerse cuando el afectado no pueda cambiar la posición por si mismo.</p>
TIEMPO	30 minutos
MATERIAL DE APOYO	Colchonetas + almohadas

ACTIVIDAD 3: EL RELOJ DE MI DÍA

OBJETIVOS:	<ul style="list-style-type: none">• Que los cuidadores organicen cómo actuarían con la persona afectada durante 1 día en la manera de ejercer los cambios posturales• Demostrar actitud positiva para realizar los cambios posturales y cumplimentar el realizarlos cada 3-4h
-------------------	--

ACTIVIDAD 3: EL RELOJ DE MI DÍA

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	<p>La enfermera entregará a cada cuidador un folio y un bolígrafo.</p> <p>Les indicará que deben realizar un cronograma de cómo actuarían un día con la persona a la que cuidan y que cambios posturales le realizarían manteniendo las horas del sueño (10 minutos)</p> <p>Por ejemplo: 00-04h decúbito lateral derecho, 4-8h decúbito supino, 8-12h sedestación....</p> <p>Tras acabar de redactar el reloj/cronograma, deben compartirlo con el resto para que puedan obtener ideas para su aplicación.</p> <p>Así mismo, para que interactúen la enfermera les planteará cuestiones cómo: ¿qué creéis que puede pasar si no se realizan estos cambios posturales?</p>
TIEMPO	25 minutos
MATERIAL DE APOYO	Folios y bolígrafos

Tras la resolución de dudas se les preguntará “qué han sacado en claro” y después se les hará una introducción de la siguiente. Se mencionará que va dedicada a ellos mismos para su bienestar.

SESIÓN 4: “Cuidarme para poder cuidar”

Objetivos específicos de aprendizaje por sesión:

- Distinguir la importancia del autocuidado
- Demostrar habilidad para realizar un autocuidado eficaz
- Demostrar actitud positiva para llevar a cabo un autocuidado

Al inicio se les preguntará si han realizado cambios posturales y si han detectado úlceras en las personas que cuidan, si es así cómo han actuado.

ACTIVIDAD 1: EXPLÓTAME Y LIBERATE

OBJETIVOS:	<ul style="list-style-type: none">• Identificar los factores estresantes de cada cuidador y la razón
-------------------	--

ACTIVIDAD 1: EXPLÓTAME Y LIBERATE

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	<p>Para comenzar se entregará un globo a cada participante. Deberán inflarlo, anudarlo y escribir una palabra de lo que les genere estrés en relación con el cuidado.</p> <p>Después, deberán comentar la palabra escrita y cuál es la razón por la que les estrese. A continuación deben explotar el globo.</p>
TIEMPO	20 minutos
MATERIAL DE APOYO	10 globos y rotuladores

ACTIVIDAD 2: REFLEXIONA Y COMPARTE

OBJETIVOS:	<ul style="list-style-type: none">• Autoreflexión propia de lo que les limita el ser cuidadores y de sus sentimientos• Valorar la importancia de tener tiempo para uno mismo y para hacer lo que nos guste
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	<p>Se planteará a los participantes una serie de preguntas para que reflexionen.</p> <p>-¿Qué actividades has dejado de hacer? ¿Qué te gustaría retomar?</p> <p>-¿Sientes que tienes el suficiente tiempo para dedicarte a ti mismo?</p> <p>-¿Qué hago yo en el tiempo libre que tengo?</p> <p>-¿Cómo te sientes cuidando y contigo mismo?</p> <p>Tras reflexionar y escribir la respuesta a dichas preguntas (10 minutos); se les pedirá que compartan la respuesta. No tendrá que ser a través de turnos de palabra, se trata de que interactúen entre ellos. La enfermera se encargará de dinamizar la conversación si es preciso.</p> <p>Tras finalizar el tiempo, la enfermera les recordará que deben cuidarse a sí mismos y gestionar el tiempo libre que tengan y no olvidar que son el motor principal.</p>
TIEMPO	40 minutos
MATERIAL DE APOYO	Folios y bolígrafos

ACTIVIDAD 3: BÚSCAME Y VERIFICA

OBJETIVOS:	<ul style="list-style-type: none">• Valorar si tienen un buen respaldo social que les ayude a gestionar el cuidado• Interacción entre el grupo y autoreflexión
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	<p>Se entregará una sopa de letras para que busquen palabras en relación a qué pueden necesitar como cuidadores. Tras resolverla deben marcar las 3 palabras que hagan referencia a lo que necesiten cada uno.</p> <p>Después de rellenarla (10 minutos) deben compartir qué han marcado y por qué. Tras ello la enfermera les preguntará cómo pueden hacer frente a lo marcado.</p> <p>Por último, la enfermera les recordará la importancia de sentirse apoyados para poder hacer una buena gestión del cuidado y no sobrecargarse.</p> <p>Les recordará que es necesario compartir tiempo con sus amistades y con las personas importantes, y que no solo la persona que cuidan es la principal, sino que el resto también necesita de ellos.</p>
TIEMPO	30 minutos
MATERIAL DE APOYO	Crucigrama (anexo 13)

Tras finalizar esta actividad, se pedirá que resuman lo aprendido en una frase. Se les animará a realizar actividades para su autocuidado y que se den cuenta que ellos son el pilar principal para cuidar, ya que si no se sienten bien lo pueden reflejar en su manera de actuar. Se les recordará que la próxima sesión es la última.

Desarrollo sesión 5: “Escúchame y apóyame” (Anexo 14)

- **Presupuesto del programa**

Para tratar de realizar el programa se intentará conseguir un acuerdo entre el Ayuntamiento de Vitoria Gasteiz y Osakidetza. El Ayuntamiento será quien cede la sala así como los materiales los cuáles disponga el polideportivo de Hegoalde, y Osakidetza por su parte aportaría una enfermera experta en la materia del programa, así como algún recurso material que se precise.

RECURSOS HUMANOS				
PROFESIONAL	HORAS DE IMPARTICIÓN	HORAS DE PREPARACIÓN	TASA (€/H)	IMPORTE TOTAL
1 Enfermer@	7 h 30	6h	22	297 €

RECURSOS MATERIALES		
MATERIAL	CANTIDAD	COSTE TOTAL
1 Sala	1	0 € (Hegoalde)
Sillas	13	0 € (Hegoalde)
Ordenador	1	0 € (Hegoalde)
Proyector	1	0 € (Hegoalde)
Pizarra	1	0 € (Hegoalde)
Rotuladores de pizarra	1	0 € (Hegoalde)
Impresora + tóner	1	0 € (Hegoalde)
Colchonetas	12	0 € (Hegoalde)
Folios A4 (paquete de 100 unidades)	1	2,15 €
Bolígrafos	13	7,01 €
Rotuladores	13	3,90 €
Cartulinas A2	1	0,50 €
Pelota	1	2,19 €
Muletas	6	Osakidetza
Almohadas	6	Osakidetza
Globos	12	2,50 €
Pegatinas	13	2 €

- **Evaluación del programa**

Para la evaluación del programa, nos fijaremos tanto en su proceso como en el resultado. Dicha evaluación será tanto sumativa como formativa.

Para evaluar el proceso, al final de cada sesión consultaremos la opinión de los cuidadores a través de preguntas abiertas e intentaremos recoger ideas para realizar mejoras. Nos centraremos en cómo han sido las actividades, su duración, clima creado...

A lo largo del programa la enfermera deberá encargarse de evaluar los objetivos de aprendizaje marcados, realizando una evaluación continua de los resultados. Si se ve que los objetivos no se logran, se adaptarán las sesiones y se intentarán cambiar las dinámicas.

Para conseguir una evaluación global y buscar áreas de mejora, en la última sesión se les pasará una encuesta de satisfacción (anexo 16). Se valorará el contenido, dinámicas realizadas, recursos utilizados y la estrategia pedagógica llevada a cabo.

Así mismo, se quiere valorar si el desarrollo de este programa puede tener un impacto positivo en una disminución de la sobrecarga del cuidador. En la primera sesión se les entregará un cuestionario de la escala Zarit para que la rellenen, así mismo se les remitirá dicho cuestionario vía email a los 3 meses después de finalizar el programa y al año. Se quiere valorar es si el programa ha sido efectivo para minimizar la sobrecarga del cuidador. Se valorará que no hay sobrecarga con 46 puntos o menos, entre 47-55 sobrecarga leve y por encima de 55 puntos intensa.⁴²

Además, coincidiendo con el envío del cuestionario se realizará una llamada telefónica para llevar a cabo un seguimiento individualizado con el fin de ver si el programa ha llevado a cambios de actitud y de conducta, valorar las dificultades existentes y resolver las posibles dudas surgidas.

6. **Bibliografía y referenciación**

1. FEI - Federación Española del Ictus [Internet]. FEI. [cited 2019 Sep 21]. Available from: <https://ictusfederacion.es/>
2. Arboix A, Álvarez-Sabín J, Soler L, en nombre del en nombre del Comité de redacción ad hoc del Grupo de estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN. Ictus. Tipos etiológicos y criterios diagnósticos. Neurología. 1998; 13 Suppl 3: 4-10
3. Ictus: qué es, por qué se produce y prevención [Internet] [consultado 14 Oct 2019] Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_osaesk_ictus/es_def/adjuntos/Ictus1-cas.pdf
4. Gourlot CR, Suárez LFR, García MCG. Enfermedad cerebral: Ictus. Tecnico Auxiliar de Geriatria. Manual.Temario. E-book; 230.
5. Cuadrado Á. Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento. Galicia Clin. 2009;70(3):25-40.
6. Ustrell X, Serena J. Ictus. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cerebrovasculares. Rev Esp Cardiol. 2007; 60 (7): 753-769.
7. Reig C, Rodríguez LF, García MC. Enfermedad cerebral: Ictus. Tecnico Auxiliar de Geriatria. Manual.Temario.E-book; 230.
8. The World Health Organization. Global burden of stroke [consultado 13 Oct 2019]. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_15_burden_stroke.pdf
9. Abellán J, Ruilope LM, Leal M, Armario P, Tiberio G, Martell N. Control de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con ictus atendidos en Atención Primaria en España. Estudio ICTUSCARE. Med Clin 2011; 136 (8): 329-335.
10. Sacco R, Benjamin E, Broderick J, Dyken M, Easton J, Feinberg W et al. American Heart Association Prevention Conference. IV. Prevention and Rehabilitation of Stroke. Risk factors. Stroke 1997; 28 (7): 1507-1517.
11. Brea A, Laclaustra M, Martorell E, Pedragosa À. Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en España. Clin Invest Arterioscl. 2013; 25 (5): 211-217.
12. Vigilancia Epidemiológica Año 2016 [Internet]. Alava [consultado 12 Oct 2019] Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/memorias_epidemiologica/es_def/adjuntos/2016/Memoria%202016%20araba%20cast.pdf

13. Mesa Y, Fernández O, Hernández TE, Parada Y. Calidad de vida en pacientes post-ictus: factores determinantes desde la fase aguda. Rev haban cienc méd 2016; 15 (4). Disponible en : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000400004&lng=es
14. Pinedo S, Sanmartín V, Zaldibar B, Erazo P, Miranda M, Tejada P, et al. Calidad de vida a los 6 meses tras un ictus. Rehabilitación 2016;50(1):5-12.
15. Fernández M, González F, Cáceres M, Pruvost M, López A, Viale M. Programas para familiares de personas que han sufrido un traumatismo craneoencefálico o un accidente cerebrovascular. Revista Neuropsicología Latinoamericana 2015; 7 (1): 12-23.
16. Hinojosa MS, Rittman M. Association between health education needs and stroke caregiver injury. J Aging Health 2009 Oct; 21 (7): 1040-1058.
17. Rogero J. Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. Index Enferm. 2010 Mar; 19 (1): 47-50. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100010&lng=es.
18. Zambrano R, Ceballos P. Síndrome de carga del cuidador. Rev. Colomb. Psiquiat. 2007. 36 (1)
19. Marrugat ML. La familia cuidadora y su incidencia en la calidad de vida de las personas dependientes. Rev Mult Gerontol 2005; 15 (3): 171-177
20. Úbeda I, Roca M. ¿ Cómo repercute el cuidar en los cuidadores familiares de personas dependientes? Nursing, 2008; 26 (10):62-66
21. Florez IE, Montalvo A, Herrera A. Calidad de vida de cuidadores de adultos con accidente cerebrovascular. Av. Enferm, 2010; 28: 52-60
22. Mar J, Álvarez-Sabín J, Oliva J, Becerra V, Casado M, Yébenes M, et al. Los costes del ictus en España según su etiología. El protocolo del estudio CONOCES. Neurología 2013; 28(6): 332-339.
23. Vivian E, Irma M, Ximena R, Eberhard A. Implementación de un taller educativo para familiares de personas con accidente cerebrovascular. Rev. chil. ter. ocup 2007; (7): 83-91
24. Álvarez E, Gallegos S, Romero E, Moraga C, Lopez M, Estadella C, et al. Impacto de intervención temprana a cuidadores de pacientes secueledos de un accidente cerebrovascular. Estudio piloto :16. Rev. chil. ter. ocup 2011; 11 (2): 23-33

25. Lee J, Soeken K, Picot SJ. A meta-analysis of interventions for informal stroke caregivers. *West J Nurs Res* 2007 discussion 357-364; Apr; 29 (3): 344-356.
26. Zhang L, Zhang T, Sun Y. A newly designed intensive caregiver education program reduces cognitive impairment, anxiety, and depression in patients with acute ischemic stroke. *Braz J Med Biol Res* 2019; 52 (9)
27. Zhelev Z, Walker G, Henschke N, Fridhandler J, Yip S. Prehospital stroke scales as screening tools for early identification of stroke and transient ischemic attack. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019 (4).
28. Valadez I, Villaseñor M, Alfaro N. Educación para la salud: la importancia del concepto. *Rev de educación y desarrollo*. 2004; 1
29. De Lorenzo E. Proceso de enseñanza Aprendizaje. Apuntes. 2018
30. Bandura A, Rivièrè Á. Teoría del aprendizaje social. 1982.
31. Pascual PL. Teorías de Bandura aplicadas al aprendizaje. Innovación y experiencias educativas. 2009
32. Álvarez C. Teoría transteorética de cambio de conducta: herramienta importante en la adopción de estilos de vida activos. *MHSALUD* 2008; 5 (1).
33. Lizarraga S, Ayarra M. Entrevista motivacional. The motivational interview. *An Sist Sanit Navar*. 2001; 24: 43-45.
34. De Lorenzo E. Factores personales que afectan al aprendizaje. Apuntes. 2018
35. Naranjo ML. Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Rev educ* 2009; 33 (2): 171-190.
36. Riquelme M. Metodología de educación para la salud. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet]. 2012 Jun; 14 (22): 77-82. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322012000200011
37. Vestido y desvestido del paciente hemipléjico [Internet]. Youtube.com. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=V_5t2XTM2RQ
38. Transferencias entre la cama y la silla [Internet]. Youtube.com. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=MIUhsbl-tms>

39. Cómo ayudarle en la bipedestación y marcha [Internet]. Youtube.com. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=8F6FH6Yx_fE
40. (3-12) Cambios posturales [Internet]. YouTube.com Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=uirRTApVCT4&list=UU7uEj276GdnwRtXtt2-NwFQ&index=97>
41. Arribas S. UT 1. Conceptos básicos sobre comunicación. Apuntes. 2017
42. Álvarez L, González AM, Muñoz P. El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit: Cómo administrarlo e interpretarlo. Gac Sanit [Internet]. 2008 Dic ; 22(6): 618-619. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000600020&lng=es.

7. Anexos

Anexo 1: Tabla de conceptos:

Objetivo de búsqueda: identificar la efectividad de un programa de educación para la salud hacia cuidadores de personas que hayan sufrido un ACV (accidente cerebrovascular)

Lenguaje Natural			Lenguaje controlado en las bases de datos
Conceptos	Sinónimo (Antónimo, si precisa)	Inglés	Búsqueda en el Teasauro de las diferentes Bases de datos
Programa de Educación para la Salud	Programa educativo Educación al paciente Promoción de la salud	Health promotion Health education Patient education	Medline (MeSH): health education / health promotion / patient education as topic CINAHL (Descriptor de CINAHL): health promotion / health education / patient education PsycINFO: health education / health promotion LILACS (DeCS): educación en salud / promoción de la salud Cuiden (Palabras clave): educación / educación sanitaria / educación para la salud
Cuidadores		Caregiver Carer	Medline (MeSH): caregivers CINAHL (Descriptor de CINAHL): caregivers PsycINFO: caregivers LILACS (DeCS): cuidadores Cuiden (Palabras clave): cuidadores
ACV accidente cerebrovascular	Ictus isquémico Infarto cerebral Ictus hemorrágico Derrame cerebral Hemorragia cerebral Isquemia	Stroke Brain injury Ischemia Brain haemorrhage Brain derrame	Medline (MeSH): stroke / brain ischemia / cerebral hemorrhage CINAHL (Descriptor de CINAHL): stroke PsycINFO: cerebrovascular accidents LILACS (DeCS): accidente cerebrovascular Cuiden (Palabras clave): ACVA / ictus / hemorragia cerebral

Anexo 2: Ecuación de búsqueda y tabla de resultados

TABLA DEL PROCESO DE BÚSQUEDA:

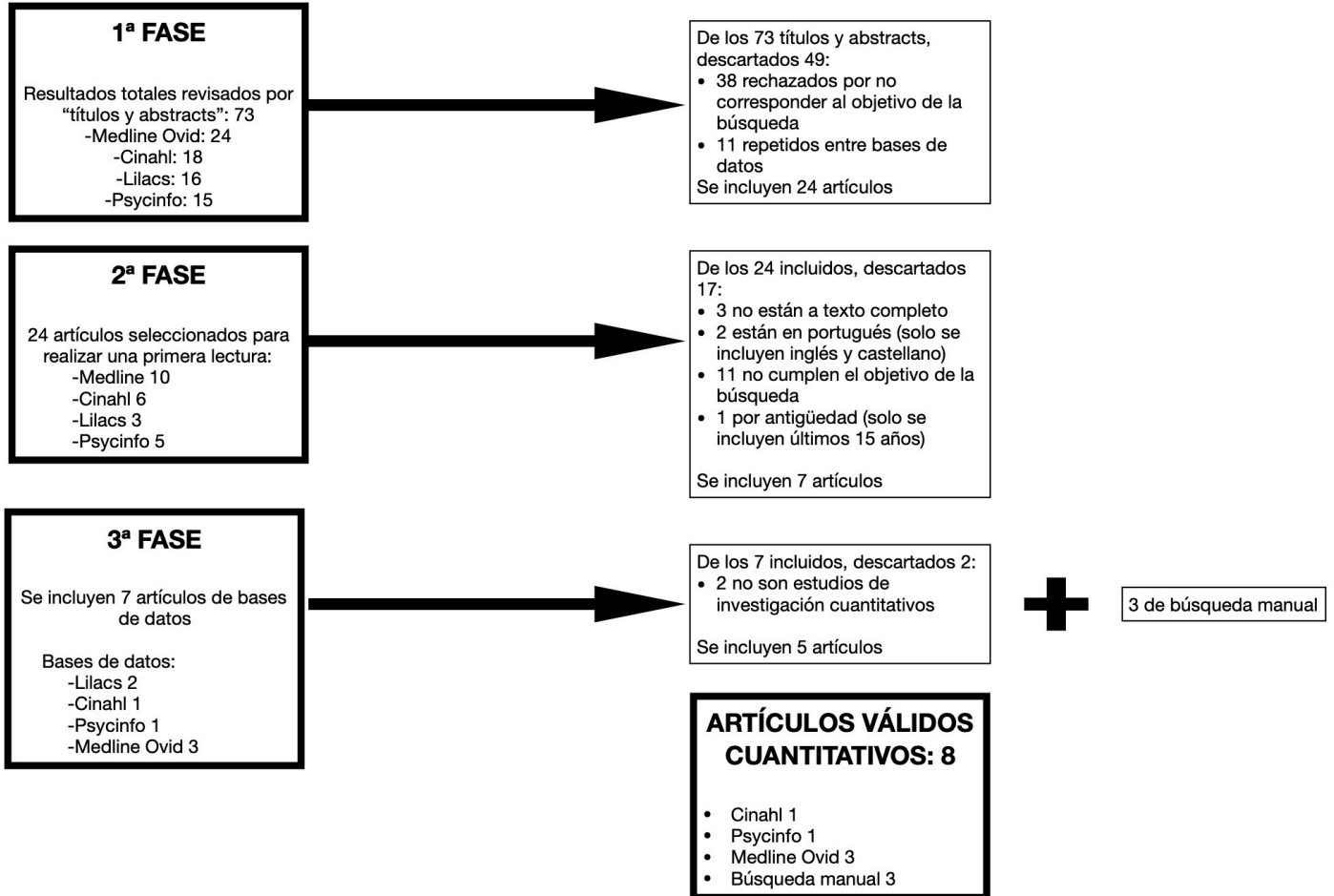
Objetivo de búsqueda: identificar la efectividad de un programa de educación para la salud hacia cuidadores de personas que hayan sufrido un ACV (accidente cerebrovascular)

Base de datos	Ecuación de búsqueda	Resultados		Observaciones
		Encontrados	Válidos	
MEDLINE 1 ^a	(Health education or Health promotion or Patient education as topic) and Caregivers and (Stroke or Brain Isquemia or Cerebral Hemorrhage)	<u>24</u> <u>Artículos</u>	3 artículos	Búsqueda válida
CINAHL 1 ^a	(Health education or Health promotion or Patient education) and Caregivers and Stroke	<u>18</u> <u>resultados</u>	1 artículo	Búsqueda válida.
CUIDEN 1 ^a	(Educación or educación sanitaria or educación para la salud) and cuidadores and ACVA	0 resultados		Búsqueda no efectiva, voy a probar a simplificar la búsqueda quitando las palabras relacionadas con educación
CUIDEN 2 ^a	(ACVA or Ictus or Hemorragia Cerebral) and Cuidadores	3 resultados		Búsqueda no válida; voy a simplificar la búsqueda quitando "cuidadores". Los artículos no son enfocados a mi objetivo de la búsqueda.
CUIDEN 3 ^a	ACVA or Ictus or Hemorragia Cerebral	169 resultados		Búsqueda no válida, cambio de base de datos ya que con las fórmulas anteriores no me crean buenos resultados
LILACS 1 ^a	Promoción de la salud and cuidadores and accidente cerebrovascular	1 resultado		Búsqueda no válida Voy a probar con el descriptor educación en salud en vez de promoción de la salud, ya que al final lo que se quiere hacer es educar a los cuidadores

LILACS 2ª	Educación en salud and cuidadores and accidente cerebrovascular	5 resultados		Búsqueda válida (2 artículos en español y 3 en portugués) Voy a probar a ampliar la búsqueda
LILACS 3ª	(Educación en salud or Promoción de la salud) and accidente cerebrovascular	16 resultados	0 artículos	Búsqueda válida. Los resultados de las búsquedas anteriores están incluidos.
PSYCINF O 1º	(Health promotion or health education) and caregivers and cerebrovascular accidents	15 artículos	1 artículo	Búsqueda válida
BÚSQUEDA MANUAL				
CLINICAL REHABILITATION	Stroke educational program for caregivers Limitado 2010-2019	53 resultados	1 artículo	Búsqueda válida
JOURNAL OF CLINICAL NURSING	Stroke educational program for caregivers Limitado 2010-2019	138 resultados	1 artículo	Búsqueda válida
HEALTH AND SOCIAL CARE IN THE COMMUNITY	Stroke educational program for caregivers	49 resultados	1 artículo	Búsqueda válida

Anexo 3: Diagrama de flujo

DIAGRAMA DE FLUJO



Anexo 4: Guión de lectura crítica de estudios de investigación cualitativos

GUIÓN DE LECTURA CRITICA DE ESTUDIOS DE INVESTIGACION CUANTITATIVA

Artículo: Smith J, Forster A, Young J. A randomized trial to evaluate an education programme for patients and carers after stroke. Clin Rehabil 2004;18(7):726-736.			
Objetivo s e hipótesis	¿Están los objetivos y/o hipótesis claramente definidos?	Si	¿Por qué? Porque da respuesta a los elementos de la pregunta PICO: P (pacientes y cuidadores) I (programa educativo) C (grupo control con práctica usual) O (recuperación del ictus)
Diseño	¿El tipo de diseño utilizado es el adecuado en relación con el objeto de la investigación (objetivos y/o hipótesis)?	Si	¿Por qué? Porque está basado en un estudio experimental puro y este tipo de estudio es el que más sesgos controla. Además es adecuado para medir los resultados ya que se puede basar en una comparación
	Si se trata de un estudio de intervención/experimental, ¿Puedes asegurar que la intervención es adecuada? ¿Se ponen medidas para que la intervención se implante sistemáticamente?	No	¿Por qué? No puedo asegurar que la intervención sea adecuada ya que establece que se les da un "Stroke Recovery Programme manual". Este programa contiene información acerca de la causa y de las consecuencias del ictus, la recuperación, servicios relevantes y una sección específica para cuidadores. Esto lo que quiere hacer es aumentar el conocimiento del ictus, del proceso de recuperación y de la rehabilitación. Así mismo se realizan intervenciones de 20 minutos con un equipo multidisciplinar (médico, enfermera, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional). Así mismo, se les visita en casa a los 3 y seis meses después del ictus. Pero no se establece cuál es la práctica usual en el grupo control, por lo que no se pueden establecer diferencias. No se ponen medidas para que la intervención se implante sistemáticamente por lo que puede haber variedad según quién la implante. Además tampoco se especifica en qué constan las sesiones ni lo que se realiza en el grupo control (pone que se realiza "lo habitual") con lo que no podemos establecer diferencias

Población y muestra	¿Se identifica y describe la población?	Si	<p>¿Por qué?</p> <p>Sí que se identifica: pacientes que están en la unidad de rehabilitación y convivían con un cuidador entre el 1 de Marzo de 2000 y el 31 enero de 2002 fueron incluidos para el estudio. Además se les realizaba test de afasia y de deterioro cognitivo previo a su inclusión en el estudio, la inclusión debía ser realizada en los 3 días posteriores tras la realización de dichos tests.</p> <p>Fueron excluidos los que no tenían cuidador. O si no entendían inglés. Así mismo se excluyeron los pacientes con afasia o dificultades en la comprensión si no tenían cuidador. Por otro lado, si no podían dar su consentimiento, el cuidador era el foco de la intervención.</p>
	¿Es adecuada la estrategia de muestreo?	No	<p>¿Por qué?</p> <p>No se indica el muestreo, es posible que hayan hecho un muestreo accidental. En este tipo de estudio, el tipo de muestreo no va a afectar a la validez interna, pero sí en el caso de que quieran extrapolar los datos a la población. Esta última tendrá que tener los mismos valores que la muestra estudiada.</p>
	¿Hay indicios de que han calculado de forma adecuada el tamaño muestral o el número de personas o casos que tiene que participar en el estudio?	No	<p>¿Por qué?</p> <p>No indican que hayan realizado un cálculo de la muestra apropiada para realizar el estudio, solo ponen que han participado 170 pacientes y 97 cuidadores.</p>
Medición de las variables	¿Puedes asegurar que los datos están medidos adecuadamente?	No	<p>¿Por qué?</p> <p>En un primer lugar se utiliza un cuestionario específico para ese estudio para valorar el conocimiento del ictus, pero no es estandarizado.</p> <p>Otras medidas fueron las funciones físicas o sociales con escalas como Barthel, Frenchay Activities Index...</p> <p>Así mismo se utilizó una medida para valorar la satisfacción, pero era específica para el ictus con modificaciones respecto a otros estudios.</p> <p>Se concluye en que los datos no están medidos adecuadamente, ya que no todas las escalas u objetos con los que se realizan las mediciones están validados.</p> <p>Así mismo, no se nos indica si se ha realizado alguna formación para que todo el mundo realice la medición de igual forma.</p>

Control de Sesgos	<p>Si el estudio es de efectividad/ relación: Puedes asegurar que los grupos intervención y control son homogéneos en relación a las variables de confusión?</p>	<p>N o</p>	<p>¿Por qué?</p> <p>Se puede establecer una comparación a modo porcentaje, pero no hay una variable como la “p” que nos indiquen objetivamente si hay diferencias significativas o no entre grupos.</p> <p>Aún así, si comparamos los grupos no se ve una homogeneidad clara.</p>
	<p>Si el estudio es de efectividad/ relación: ¿Existen estrategias de enmascaramiento o cegamiento del investigador o de la persona investigada</p>	<p>N o</p>	<p>¿Por qué?</p> <p>No se establecen medidas como tal, aún así sí que pone que antes de comenzar el estudio y antes de situarlos en un grupo u otro todos los pacientes reciben la misma intervención (la habitual aunque no se establece cuál es) Pero, la intervención la realizan varias personas, por lo que no se puede establecer correctamente el enmascaramiento.</p> <p>Por otro lado, a la hora de poner a las personas en un grupo u otro, si que hay cegamiento del investigador, ya que lo realizaban a través de un centro independiente de la investigación que realizaba la asignación al azar y luego lo transmitía a un coordinador.</p> <p>Para los pacientes y cuidadores investigados sí que parece que haya cegamiento ya que a todo el mundo al principio se le realizaba la misma intervención (la habitual)</p>
Resultados	<p>¿Los resultados, discusión y conclusiones dan respuesta a la pregunta de investigación y/o hipótesis?</p>	<p>N o</p>	<p>¿Por qué?</p> <p>En lo único que dice que hay una diferencia estadística es en la reducción de la ansiedad del grupo intervención a los 3 y a los 6 meses.</p> <p>En el resto de los valores no se aprecia si ha habido alguna diferencia significativa o no, aún así si que dice que los pacientes estaban satisfechos cuando tenían que volver a casa respecto al grupo control y los cuidadores con la cantidad de información recibida. Pero no hay una comparación con la variable “p”</p>

Valoración Final	¿Utilizarías el estudio para tu revisión final?	N o	<p>¿Por qué?</p> <p>Considero que aunque el tipo de estudio sea el mejor, no hay efectividad ni datos bien establecidos acerca de los resultados. Además de ello, no se establece un cálculo muestral lo que me lleva a pensar que dicho cálculo puede ser insuficiente.</p> <p>Por otro lado, aunque me establece cuál es la intervención que se va a realizar en el grupo experimental no me dice cuál es la que se hace en el control y no puedo ver cuál es la variación.</p> <p>Así mismo, no puedo concluir en que realmente estén todos los sesgos bien controlados</p>
-------------------------	--	----------------	---

Artículos:

1: Louie S, Liu P, Man D. The effectiveness of a stroke education group on persons with stroke and their caregivers. *Int J Rehabil Res* 2006; 29 (2):123-129.

2: Zhang L, Zhang T, Sun Y. A newly designed intensive caregiver education program reduces cognitive impairment, anxiety, and depression in patients with acute ischemic stroke. *Braz J Med Biol Res* 2019; 52 (9)

3: Oupra R, Griffiths R, Pryor J, Mott S. Effectiveness of Supportive Educative Learning programme on the level of strain experienced by caregivers of stroke patients in Thailand. *Health & social care in the community* 2010;18(1):10-20.

4: Marsden D, Quinn R, Pond N, Gollidge R, Neilson C, White J, et al. A multidisciplinary group programme in rural settings for community-dwelling chronic stroke survivors and their carers: a pilot randomized controlled trial. *Clin Rehabil* 2010;24(4):328-341.

5: Shyu YL, Kuo L, Chen M, Chen S. A clinical trial of an individualised intervention programme for family caregivers of older stroke victims in Taiwan. *J Clin Nurs* 2010; 19 (11-12):1675-1685.

	Criterios	1	2	3	4	5
Objetivos e hipótesis	¿Están los objetivos y/o hipótesis claramente definidos?	Si	Si	Si	Si	Si
Diseño	¿El tipo de diseño utilizado es el adecuado en relación con el objeto de la investigación (objetivos y/o hipótesis)?	Sí	Si	Si	Si	Si
	Si se trata de un estudio de intervención/experimental, ¿Puedes asegurar que la intervención es adecuada? ¿Se ponen medidas para que la intervención se implante sistemáticamente?	No	Si	No	No	Si
Población y muestra	¿Se identifica y describe la población?	Si	Si	Si	Si	Si

	¿Es adecuada la estrategia de muestreo?	No	Si	No	No	No
	¿Hay indicios de que han calculado de forma adecuada el tamaño muestral o el número de personas o casos que tiene que participar en el estudio?	No	No	No	No	No
Medición de las variables	¿Puedes asegurar que los datos están medidos adecuadamente?	No	Si	No	Si	Si
Control de Sesgos	Si el estudio es de efectividad/ relación: Puedes asegurar que los grupos intervención y control son homogéneos en relación a las variables de confusión?	No hay	Si	No	Si	Si
	Si el estudio es de efectividad/ relación: ¿Existen estrategias de enmascaramiento o cegamiento del investigador o de la persona investigada	No es de relación	Si	No	No	No
Resultados,	¿Los resultados, discusión y conclusiones dan respuesta a la pregunta de investigación y/o hipótesis?	Si	Si	Si	No	Si
Valoración Final	¿Utilizarías el estudio para tu revisión final?	No	Si	No	No	Sí

Anexo 5: Tablas de resumen de los estudios de investigación

TÍTULO + PALABRAS CLAVE	TIPO DE ESTUDIO Y OBJETIVO	MUESTRA Y TIPO DE PACIENTES + INTERVENCIÓN	HALLAZGOS
<p>Título: Smith J, Forster A, Young J. A randomized trial to evaluate an education programme for patients and carers after stroke. Clin Rehabil 2004;18(7):726-736 .</p> <p>Palabras clave: no hay</p> <p>Comentarios: una de las discusiones del estudio es que ha podido haber contaminación entre ambos grupos al darse la intervención durante el período en el que el paciente se encontraba ingresado</p>	<p>Tipo de estudio: ensayo clínico aleatorizado (experimental puro)</p> <p>Objetivo: evaluar la efectividad de un programa educativo para pacientes y cuidadores en la recuperación del ictus</p>	<p>Muestra: se reclutan 353 pacientes que han sufrido un ictus, pero al final se incluyen en el estudio 170 pacientes y 97 cuidadores de esos pacientes.</p> <p>En el grupo control se quedan 86 pacientes y 48 cuidadores, en el experimental 84 pacientes y 49 cuidadores.</p> <p>Intervención: al grupo experimental se le da el “Stroke Recovery Programme Manual” en el que se indica qué es el ictus, las consecuencias, cómo establecer una recuperación e información para los cuidadores. Así mismo, se realizan intervenciones de 20 minutos con un equipo multidisciplinar (médico, enfermera, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional).</p> <p>Se les visita en casa a los 3 y seis meses después del ictus.</p>	<p>El programa educativo resulta efectivo en la reducción de la ansiedad de los pacientes del grupo experimental respecto al control a los 3 meses ($p=0,034$) y a los 6 meses ($p= 0,021$)</p> <p>Así mismo, los pacientes del grupo de intervención a los 3 meses se sentían más seguros para volver a casa y a los 6 meses los cuidadores se sentían satisfechos con la cantidad de información recibida. Aún así, estos datos no son significativamente estadísticos.</p> <p>Aparte de ello, no hay diferencias significativas en el aumento de conocimiento entre grupo control y experimental ($p=0,24$)</p>

TÍTULO + PALABRAS CLAVE	TIPO DE ESTUDIO Y OBJETIVO	MUESTRA Y TIPO DE PACIENTES + INTERVENCIÓN	HALLAZGOS
<p>Título: Louie S, Liu P, Man D. The effectiveness of a stroke education group on persons with stroke and their caregivers. <i>Int J Rehabil Res</i> 2006; 29 (2):123-129.</p> <p>Palabras clave: cuidadores, educación, efectividad, conocimiento, programa, estrés e ictus</p> <p>Comentarios: la muestra es muy reducida y el no haber grupo control puede limitar las mediciones ya que han podido afectar a estas otros tratamientos como terapia ocupacional, fisioterapia.... Así mismo el estudio solo ha medido el conocimiento y no ha medido la modificación del comportamiento. Además el realizar solo 2h de intervención puede no ser suficiente para poder ver un beneficio en el estado psicosocial de los cuidadores.</p>	<p>Tipo de estudio: ensayo no controlado (cuasi-experimental)</p> <p>Objetivo: valorar si participar en un grupo educativo sobre el accidente cerebrovascular incrementa el conocimiento de los pacientes y cuidadores, mejora el estado de salud y reduce el estrés en relación con el cuidado</p>	<p>Muestra: se reclutan 54 pacientes y 32 cuidadores. Los pacientes debían tener una puntuación de 19 o más en el Mini Mental, además no podían tener enfermedades psiquiátricas o complicaciones secundarias. Así mismo, no podían haber participado en programas educativos relacionados.</p> <p>Intervención: se les daba a los pacientes y cuidadores 2 sesiones educativas de 1h, incluyendo una sesión de qué es el ictus y otra de cómo adaptarse a la vida diaria y explicando cómo entrenar y realizar fisioterapia y/o terapia ocupacional.</p>	<p>Si que se da un aumento significativo del conocimiento acerca del ACV por parte de los pacientes y de los cuidadores (P < 0,01) pero no hay diferencias en cuanto a una mejoría en cuanto al estado de salud o al estrés relacionado con el cuidado.</p>

TÍTULO + PALABRAS CLAVE	TIPO DE ESTUDIO Y OBJETIVO	MUESTRA Y TIPO DE PACIENTES + INTERVENCIÓN	HALLAZGOS
<p>Título: Zhang L, Zhang T, Sun Y. A newly designed intensive caregiver education program reduces cognitive impairment, anxiety, and depression in patients with acute ischemic stroke. <i>Braz J Med Biol Res</i> 2019; 52 (9)</p> <p>Palabras clave: ictus isquémico, programa educativo intensivo para cuidadores, deterioro cognitivo, ansiedad, depresión</p> <p>Comentarios: la intervención la realizaban enfermeras entrenadas a lo largo de 1 año, habían recibido un programa de cómo instruir y cómo realizar la intervención; solo podían realizar el programa las que superaban el examen. Había educación individual y psicológica para los cuidadores.</p> <p>El programa tiene limitaciones como que no se ha tenido en cuenta el estado emocional de los cuidadores, ya que puede influir en los pacientes.</p>	<p>Tipo de estudio: ensayo clínico aleatorizado (experimental puro)</p> <p>Objetivo: valorar la efectividad de un programa educativo intensivo en educación para el cuidador para reducir el deterioro cognitivo, la ansiedad y la depresión en pacientes que hayan sufrido un ictus isquémico.</p>	<p>Muestra: se invitaron 374 pacientes, de los cuales al final 196 fueron recrutados en el estudio; grupo control 98 pacientes y experimental 98 pacientes.</p> <p>De estos, 89 personas completaron el estudio en el grupo experimental y 85 en el control. Los pacientes no podían tener un gran deterioro cognitivo (< 10 en MMSE) ni que fuera un ictus secundario entre otros. Además la esperanza de vida debía ser superior a 1 año. Los cuidadores se definían como familiares del paciente y responsables de su cuidado diario.</p> <p>Intervención grupo experimental: educación intensiva individualizada y psicológica para los cuidadores. Se daba en dos etapas (hospital y al alta). En el hospital, se impartían sesiones 1 vez por semana de 1h. Al alta la educación se daba cada 2 semanas durante 90 minutos, y la parte psicológica duraba 30 min (se basaba en apoyo emocional a los cuidadores) Todo esto se daba por enfermeras especializadas y entrenadas que hubieran pasado un examen de aptitud.</p> <p>El material educativo consistía en: conocimiento del ACV, papel de la familia en el cuidado, manejo pasivo de las emociones del afectado, entrenamiento de rehabilitación cognitiva, actividades de reabilitación y atención dietética.</p> <p>Intervención grupo control: se les da material educativo igual que al grupo experimental y durante la hospitalización 2 sesiones (día de ingreso y día de alta) y otra de rehabilitación que se impartía a solicitud de los cuidadores. El seguimiento se realizó a través de llamadas telefónicas cada 3 meses en las que se preguntaba el estado del paciente y se les daba consejos.</p>	<p>Se ha demostrado que el programa educativo reduce el deterioro cognitivo ($p = 0,002$), la ansiedad ($p=0,001$) y la depresión ($p=0,001$) en los pacientes.</p> <p>Así mismo, se destaca el rol que tienen los cuidadores durante la recuperación de los pacientes y la importancia de incluirlos en programas educativos.</p>

TÍTULO + PALABRAS CLAVE	TIPO DE ESTUDIO Y OBJETIVO	MUESTRA Y TIPO DE PACIENTES + INTERVENCIÓN	HALLAZGOS
<p>Título: Oupra R, Griffiths R, Pryor J, Mott S. Effectiveness of Supportive Educative Learning programme on the level of strain experienced by caregivers of stroke patients in Thailand. Health & social care in the community 2010;18(1):10-20.</p> <p>Palabras clave: educación, cuidadores familiares, cuidadores informales, rehabilitación, supervivientes a ictus</p> <p>Comentarios: los hospitales incluidos en el estudio tenían características similares.</p>	<p>Tipo de estudio: ensayo clínico no aleatorizado</p> <p>El estudio se realiza en 2 hospitales diferentes, uno es el control y el otro es el experimental</p> <p>Objetivo: evaluar la efectividad de un programa educativo para cuidadores y ver la efectividad de ese programa en el estrés y la calidad de vida de los cuidadores familiares.</p>	<p>Muestra: se incluyen 140 pacientes y 140 cuidadores, 70 de cada uno en cada grupo, el estudio está dividido en 2 hospitales. Los cuidadores debían vivir con el paciente (en la misma causa) y debían comprometerse a dar apoyo a los pacientes post ictus. Se les excluyó del estudio si tenían patologías serias que impidieran el aprendizaje de las técnicas o si tenían una puntuación en el MMSE < 20.</p> <p>Intervención: el programa consistía en 3 sesiones grupales interactivas. Cada sesión duraba entre 120 y 150 minutos. En el programa se promovía la interacción de las familias. La primera sesión se centró en qué es el ictus, los factores y cómo prevenir o reducir la gravedad de las complicaciones (manejo UPP...)</p> <p>La segunda se centró en la alimentación, como ayudar a tragar correctamente. La última se centró en la prevención de las infecciones urinarias y en cómo realizar las movilizaciones. Así mismo se habló del papel del cuidador familiar y del autocuidado. Tras la finalización de las sesiones se realizaba llamadas telefónicas cada mes para brindar apoyo y comentar cómo estaban.</p>	<p>Los cuidadores del grupo experimental en comparación con los del control, tuvieron una diferencia estadísticamente significativa en la reducción del estrés ($P < 0,001$) y una mejor calidad de vida ($P < 0,001$).</p> <p>Se considera que es debido a que los cuidadores han tenido sesiones de entrenamiento y han aprendido como cuidar de manera activa.</p>

TÍTULO + PALABRAS CLAVE	TIPO DE ESTUDIO Y OBJETIVO	MUESTRA Y TIPO DE PACIENTES + INTERVENCIÓN	HALLAZGOS
<p>Título: Marsden D, Quinn R, Pond N, Golledge R, Neilson C, White J, et al. A multidisciplinary group programme in rural settings for community-dwelling chronic stroke survivors and their carers: a pilot randomized controlled trial. Clin Rehabil 2010;24(4):328-341 .</p> <p>Palabras clave: no hay</p> <p>Comentarios: el estudio está limitado ya que había un número de participantes insuficiente. Aún así, el programa fue atendido correctamente , había una media de un 88% de personas por sesión. Se necesita mayor investigación.</p>	<p>Tipo de estudio: ensayo clínico aleatorizado (experimental puro)</p> <p>Objetivo: valorar si un programa educativo para sobrevivientes de ACV es efectivo en comunidades rurales, medir el impacto en relación con la calidad de vida relacionada con la salud y el desempeño funcional, así como verificar si a largo plazo se mantienen los beneficios</p>	<p>Muestra: el estudio se ha realizado en 3 comunidades rurales.</p> <p>Se reclutaron 32 supervivientes a ictus y 20 cuidadores entre las 3 comunidades.</p> <p>En la comunidad 2 al ser un número insuficiente 6 supervivientes a ictus y 3 cuidadores no se formó grupo control, y por ello los resultados no se incluyen en el estudio.</p> <p>Entre la comunidad 1 y 3 se hizo un grupo control (13 pacientes y 8 cuidadores) y un grupo experimental (12 pacientes y 9 cuidadores). No había diferencias estadísticas entre ambos grupos.</p> <p>Intervención: el programa consistía en sesiones una vez por semana de 2h y media durante 7 semanas. Las sesiones las impartían: fisioterapeuta, trabajador social, dietetista, enfermera, logopeda y un terapeuta ocupacional. Cada sesión incluía 1h de actividad física + 1 hora de componente educacional. A los afectados se les intentaba estimular a través de ejercicios para mover el brazo afectado (si lo tenían) motivación para hablar (para los afásicos) así mismo se les animaba a compartir experiencias.</p>	<p>No se ha conseguido estadísticas que sean significativas entre ambos grupos ($p < 0,005$). Aún así, las medidas eran favorecedoras para el grupo intervención.</p> <p>Aún así se considera que el programa puede ser efectivo para mejorar la percepción de la salud en relación con la calidad de vida y la función física de los pacientes que han sufrido un ictus.</p>

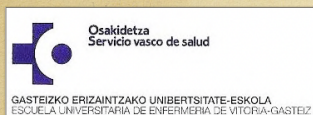
TÍTULO + PALABRAS CLAVE	TIPO DE ESTUDIO Y OBJETIVO	MUESTRA Y TIPO DE PACIENTES + INTERVENCIÓN:	HALLAZGOS
<p>Título: Shyu YL, Kuo L, Chen M, Chen S. A clinical trial of an individualised intervention programme for family caregivers of older stroke victims in Taiwan. J Clin Nurs 2010;19(11-12):1675-1685.</p> <p>Palabras clave: educación a cuidadores, ensayos clínicos, cuidadores familiares, utilización del servicio, personas mayores supervivientes a ictus</p> <p>Comentarios: el programa mejoró la calidad de vida de los cuidadores y no se ha centrado en ver las mejoras del paciente</p>	<p>Tipo de estudio: ensayo clínico aleatorizado (experimental puro)</p> <p>Objetivo: explorar los efectos a largo plazo de un programa de preparación al alta dirigido a los cuidadores familiares Taiwaneses de personas mayores que hayan sufrido un ACV</p>	<p>Muestra: se incluyen 150 pacientes mayores que hayan sufrido un ictus (72 en el grupo experimental y 86 en el control) y sus cuidadores.</p> <p>Los pacientes debían ser mayores de 65 años, tener un ictus como diagnóstico primario y tener una gran probabilidad de ser institucionalizados o necesitar ingresos repetidos en el hospital. Se excluyeron los fallecimientos, si iban a ser institucionalizados y si no tenían cuidador.</p> <p>Intervención: la intervención era individualizada y se daba durante la hospitalización. Consistía en realizar 4-5 visitas de 30 minutos basadas en las necesidades del paciente tras haber sufrido un ictus. Tras el alta, a la semana, se realizaba una consulta telefónica que duraba entre 30 y 45 minutos para ver cómo progresaba el cuidado y las necesidades del cuidador. Así mismo se realizaron 2 visitas domiciliarias de 30 minutos, una a la semana del alta y otra durante el primer mes tras el alta para detectar problemas, resolver dudas o dar consejos acerca del cuidado.</p>	<p>Después de un estudio llevado a cabo durante 12 meses, los pacientes del grupo experimental tenían una mejor calidad de vida (P = 0,03). Así mismo, los pacientes del grupo control tenían una mayor posibilidad de pasar a ser institucionalizados respecto al experimental (P = 0,03).</p> <p>Pero no hubo ninguna diferencia estadística entre grupo control y experimental en capacidad de cuidado y aumento de la calidad de vida durante el primer año tras el alta.</p>

Anexo 6: Desglose de factores modificables y no modificables de padecer un ACV

- Factores modificables: 1,8,9,10
 - Hipertensión arterial: el riesgo se incrementa tanto si hay elevación de la sistólica como de la diastólica. El riesgo de sufrir un ACV es entre 3 y 5 veces mayor respecto a una persona que no sufra de hipertensión.
 - Cambios arterioscleróticos secundarios a la hiperlipidemia
 - Arritmias (por formación de trombos): la fibrilación auricular es la arritmia con mayor frecuencia, hay medicación como la Warfarina que disminuyen alrededor de un 70% la posibilidad de sufrir un ictus.
 - Tabaquismo: aumenta un 50% las posibilidades
 - Diabetes: aumenta entre 2,5 y 5 veces las posibilidades de sufrir un ACV, un buen control de esta patología las disminuye.
 - Sedentarismo, obesidad, alcohol, drogas, tratamientos con anticonceptivos orales aumentan el riesgo cuando están asociados a otros factores como el tabaquismo u otras patologías

- Factores no modificables: 1,8,9,10
 - Edad: a partir de los 55 años hay mayor posibilidad de padecerlo. Esta se duplica cada 10 años.
 - Sexo masculino: los hombres suelen tener más ACV pero al tener el sexo femenino una mayor esperanza de vida, fallecen más mujeres debido a esta causa.
 - Genética: hay más posibilidad de riesgo si algún familiar ha fallecido de ello o lo ha sufrido
 - Raza: hay mayor incidencia en la raza negra, también es debido a que tienen una mayor prevalencia de hipertensión lo que aumenta el riesgo

ANEXO 7: Póster del programa



“¿Y TRAS EL ACV DE ALGUIEN A QUIÉN QUIERO, CÓMO PUEDO AYUDARLE?”




**PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD HACIA
CUIDADORES DE PERSONAS QUE HAYAN SUFRIDO UN
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR**

Si eres mayor de 18 años y estás siendo cuidador de una persona que haya sufrido un ictus hace menos de 6 meses, pregunta a tu enfermera de referencia acerca de este programa


**INFÓRMATE Y SI PUEDES APÚNTATE,
¡APRENDERÁS MUCHO!**

Anexos 8: Folleto del programa



Osakidetza
Servicio vasco de salud


GAZTARNO ERANTZUNZARDO UNIBERTSITATE-ESKOLA
ESKOLA-LAN ERANTZUNZARDO ERANTZUNZARDO ERANTZUNZARDO



Euzko Jaurlaritzakoa
GOBIERNO VASCO


HEGOKIALDIA, KULTURAREN
ERANTZUNZARDOA

HEGOKIALDIA, KULTURAREN
ERANTZUNZARDOA



Unibertsitatea
Euskal Herriko Unibertsitatea

“¿Y TRAS EL ACV DE ALGUIEN A QUIÉN QUIERO, CÓMO PUEDO AYUDARLE?”



PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD
HACIA CUIDADORES DE PERSONAS QUE
HAYAN SUFRIDO UN ACCIDENTE
CEREBROVASCULAR

CRONOGRAMA SESIONES:

SESIÓN	TÍTULO	CONTENIDO	ACTIVIDADES
1:	“Conozcámonos y aprendamos lo que tenemos entre manos”	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es el ACV? ¿Cuáles son los signos y síntomas de alarma? • Escala FAST 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conozcámonos 2. ¿Y qué creo yo que es un ACV? 3. ¿Estaba en lo correcto? 4. ¿Cómo detecto un ictus y qué hago?
2:	“Mejorar en mi forma de cuidar”	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas para el cuidado (transferencias, deambulación y vestido) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué me es más difícil? 2. ¿Y cómo lo hago bien? 3. ¡Vamos a practicar!
3:	“Muéveme y previene”	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de UPP • Realizar cambios posturales 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Escúchame, léeme y reflexiona 2. No puedo girarme por mí solo. ¡Ayúdame! 3. El reloj de mi día
4:	“Cuidarme para poder cuidar”	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión del estrés • Sentimientos y necesidades 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explórame y libérate 2. Reflexiona y comparte 3. Búscame y verifica
5:	“Escúchame y apóyame”	<ul style="list-style-type: none"> • Role-playing cuidador-afectado • Barreras en el proceso comunicativo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo actúo yo? 2. ¿Qué afecta al proceso comunicativo?

Las 5 sesiones del programa se van a realizar a lo largo de 5 semanas consecutivas en horario de 16:30-18:00H

Para poder consultar dudas:

- Email: programaeducativoacv@osakidetza.eus
- Teléfono: +34 835 76 21 83

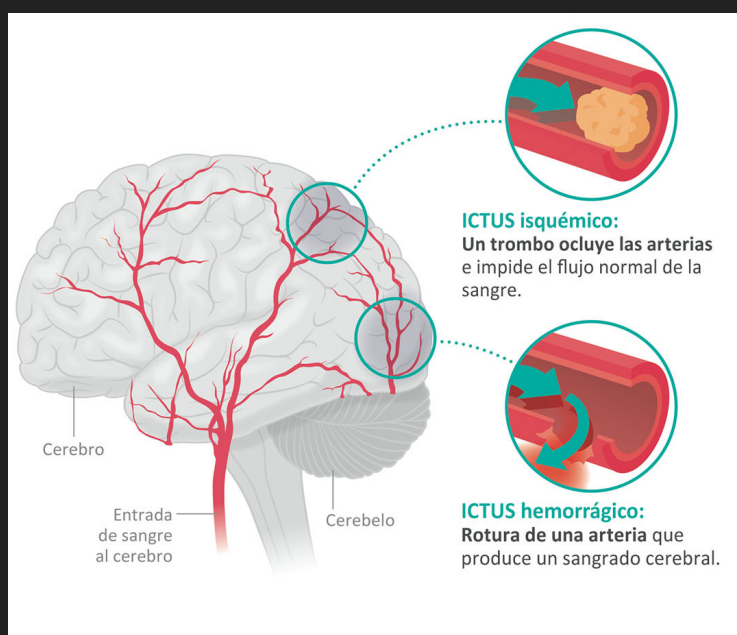
¡APRENDE JUNTO A OTROS Y DISFRUTA!

¿QUÉ ES UN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR Y QUÉ TIPOS HAY?

Un accidente cerebrovascular o ictus es una afección que impide la correcta irrigación sanguínea del cerebro, lo que hace que no llegue el aporte de oxígeno necesario.

Hay dos tipos de accidente cerebrovascular:

- ▶ **Isquémico:** un trombo impide la continuación del flujo sanguíneo al taponar una arteria
- ▶ **Hemorrágico:** por rotura de una arteria.



ESCALA FAST PARA LA DETECCIÓN DEL ICTUS

F ace 	<u>CARA:</u> <ul style="list-style-type: none">• HACERLE SONREÍR AL AFECTADO• REVISAR SI DESVÍA LA BOCA HACIA ALGÚN LADO• SI LA DESVÍA → ESTÁ PERDIENDO TONO MUSCULAR 
A rms 	<u>BRAZOS:</u> <ul style="list-style-type: none">• SE LE DEBE PEDIR LEVANTAR CADA EXTREMIDAD DE FORMA INDEPENDIENTE O CONJUNTA• VALORAR LA EXTENSIÓN, ALTURA Y COORDINACIÓN• SI SE VE ALGUNA ALTERACIÓN RESPECTO A LO "NORMAL" EN ÉL/ELLA 
S peech 	<u>DISCURSO/HABLA:</u> <ul style="list-style-type: none">• INCITAR AL AFECTADO A QUE HABLE (NOS CUENTE ALGO)• REVISAR SI SE LE ENTIENDE Y SI SE EXPRESA CORRECTAMENTE• SI NO SE PUEDE ENTENDER O NO ES LÓGICO 
T ime 	<u>"EL TIEMPO ES ORO":</u> <ul style="list-style-type: none">• SI SE VE ALGUNA DISFUNCIÓN EN ALGUNO DE LOS PASOS ANTERIORES, AVISAR AL 112 EMERGENCIAS Y TRASLADAR LA SITUACIÓN 

Anexo 11: Desarrollo sesión 2

SESIÓN 2: “Mejorar en mi forma de cuidar”

Objetivos específicos de aprendizaje por sesión:

- Definir cómo realizar las actividades básicas del cuidado (movilización, ayuda en la marcha y en el vestido)
- Demostrar habilidad para la ejecución de las actividades básicas
- Demostrar actitud positiva y ganas para implementar las estrategias nuevas aprendidas

Antes de comenzar con las actividades de esta sesión, se les consultará a los participantes para ver si tienen dudas de la sesión previa. Además se recordará la definición que escribieron en la cartulina acerca de qué es el ACV.

Al comenzar la sesión se les explicará que en esta sesión lo que se quiere es que aprendan a realizar correctamente las movilizaciónes a las personas que tengan a su cuidado (transferir cama-sillón) y a vestirles y a realizar el aseo de la manera más sencilla posible en el caso de que tengan hemiplejía u otras secuelas físicas.

Tras ello se dará paso a las actividades de esta segunda sesión:

ACTIVIDAD 1: ¿QUÉ ME ES MÁS DIFÍCIL?

OBJETIVOS:

- Valorar las dificultades que pueden tener los cuidadores al realizar las actividades básicas de la vida diaria centrándonos en aseo, vestir y desvestirse o realizar la transferencia cama-silla silla-cama.
- Que los cuidadores reflexionen acerca de qué es lo más difícil y den consejos a otros si hay cosas que les resulta fácil o tienen alguna manera concreta de hacerlo.

ACTIVIDAD 1: ¿QUÉ ME ES MÁS DIFÍCIL?

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	<p>Al comenzar la sesión se pedirá a cada cuidador que escriba en que actividad (aseo, vestido o transferencia) tiene más dificultad y por qué razón.</p> <p>Tras escribir los papeles, se los deberán entregar a la enfermera encargada de dar la sesión. Después la enfermera mezclará los papeles y le dará a cada cuidador un papel de otro cuidador.</p> <p>Cada cuidador deberá leer en voz alta el papel que tiene en sus manos y si se le ocurre podrá dar un consejo o contar cómo realiza la actividad para que le sea más fácil.</p>
TIEMPO	30 minutos
MATERIAL DE APOYO	Bolígrafos y papeles

ACTIVIDAD 2: ¿Y CÓMO LO HAGO BIEN?

OBJETIVOS:	<ul style="list-style-type: none">• Identificar cómo pueden realizar mejor las actividades básicas del cuidado• Reflexionar y analizar su forma de actuar y ver en qué pueden mejorar
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	<p>A través de esta actividad se van a visualizar vídeos de las técnicas más básicas del cuidado en personas con hemiparesia o hemiplejía. Un vídeo está relacionado con la forma de vestirse y desvestirse, otro con la transferencia cama-silla y el último con la ayuda en la bipedestación ^{37,38,39}.</p> <p>Tras visualizar los vídeos los cuidadores deberán ir explicando qué es lo que más les ha llamado la atención y si han visto algo que podrían cambiar en relación a los cuidados que dan.</p>
TIEMPO	25 minutos
MATERIAL DE APOYO	Vídeos

ACTIVIDAD 3: ¡VAMOS A PRACTICAR!

OBJETIVOS:	<ul style="list-style-type: none">• Demostrar habilidad en la transferencia, vestido y ayuda en bipedestación• Interesarse por implementar lo aprendido en casa con la persona a cargo
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	<p>En primer lugar se les pedirá a los cuidadores que se pongan por parejas.</p> <p>Para dar comienzo a la primera práctica, se les pedirá que cojan la ropa que se les había pedido que trajeran. Estos deben decidir que lado van a tener afectado (si el derecho o el izquierdo) y según el lado que tengan afectado deberán comenzar a vestirse en consecuencia según lo explicado en el vídeo. Uno se vestirá y el otro estará de apoyo, para ver si lo realiza correctamente o si puede hacerlo de otra manera. Tras realizarlo primero uno y luego el otro, se darán un feedback.</p> <p>Después de ello, un miembro de la pareja deberá tumbarse en una colchoneta, y el otro miembro le deberá ayudar a sentarse en la silla y después al revés. Tras ello se intercambiarán los papeles.</p> <p>Por último deberán ayudarse a estar en bipedestación y a andar. El cuidador que haga papel de afectado por ACV en una mano portará una muleta y en la otra le deberá ayudar el otro cuidador.</p> <p>Mientras se esté haciendo esta actividad la enfermera observará cómo lo están realizando y estará para poder resolver dudas o dar ejemplo de como hacerlo cuando lo precisen.</p>
TIEMPO	35 minutos
MATERIAL DE APOYO	Ropa que traegan los cuidadores + colchonetas + 6 muletas

Tras finalizar esta última actividad se resolverán las dudas que se puedan tener de la sesión. Se les preguntará si consideran que las dinámicas realizadas les ha servido para darse cuenta de cómo pueden mejorar a la hora de realizar esos cuidados con sus seres queridos y si les han resultado útiles. Se les animará a que apliquen lo aprendido con las personas que cuidan.

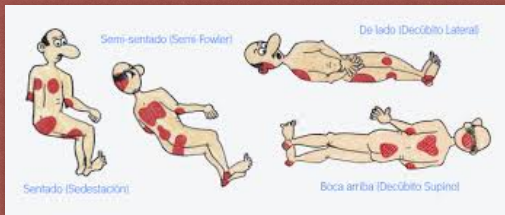
Así mismo, se les hará un avance de la tercera sesión; esta tratará de la prevención de las úlceras por presión.

Anexo 12: Tríptico prevención UPP

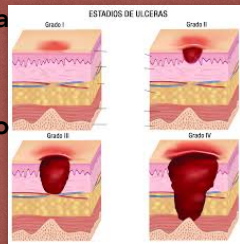
¿QUÉ PUEDO HACER PARA DECIR ¡NO! A LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN?

Las úlceras por presión (UPP) son áreas de piel lesionadas por ejercer presión en un mismo punto durante períodos prolongados de tiempo.

ZONAS DE RIESGO SEGÚN POSTURA:



Al principio se ven como una zona enrojecida, si no se tratan, pueden llegar a afectar a tejidos profundos. Para diferenciar si es o no una UPP, debemos presionar en la zona enrojecida y si esta no palidece (no se pone blanca) es una UPP



¿CÓMO PREVENIRLAS?

- Tomar una dieta completa y equilibrada así como buena hidratación
- Vigilar zonas de riesgo, si se ve enrojecimiento valorarlo
- Cama limpia, seca y sin arrugas
- Realizar cambios posturales frecuentemente (c/ 3-4h)
- Realizar una buena hidratación de la piel y aplicar ácidos grasos hiperoxigenados en zonas de riesgo
- Si es preciso, proteger las zonas de apoyo (tobillos con taloneras)
Ante cualquier enrojecimiento que no palidece avisar a la enfermera de referencia



¿Qué necesidades puedo tener?



- | | |
|------------|-------------|
| Amistad | Apoyo |
| Autonomía | Ayuda |
| Cariño | Compañía |
| Compromiso | Confianza |
| Cuidado | Curar |
| Familia | Información |
| Paciencia | Respeto |
| Tiempo | |

Anexo 14: Desarrollo sesión 5

SESIÓN 5: “Escúchame y apóyame”

Objetivos específicos de aprendizaje por sesión:

- Demostrar la realización de una buena comunicación con el afectado
- Demostrar habilidad comunicativa y actitud positiva para la escucha activa

Antes de comenzar la sesión se consultará a los cuidadores si se han planteado comenzar a realizar alguna actividad que les guste y que les haga desconectar de la función principal que han adquirido. Si nos dicen que sí, les preguntaremos cómo se sienten al realizarla.

Tras ello, les indicaremos que esta sesión es la última, y que en esta vamos a tratar la comunicación.

ACTIVIDAD 1: ¿CÓMO ACTÚO YO?

OBJETIVOS:

- Valorar la forma de comunicarse que tienen los diferentes cuidadores
- Que los cuidadores valoren y adquieran conciencia de cómo actúan ellos mismos al poder visionar las actuaciones de otros
- Manejar las diferentes estrategias de comunicación y demostrar habilidad para la comunicación

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

En esta actividad se trabajarán varios casos en los que el cuidador tenga que realizar una comunicación con el afectado, para poder apoyarle. Esto se realizará a modo de role-playing.

Se irán pidiendo voluntarios (2 por caso), en el que una persona realice la función de afectado por el ACV y la otra persona sea la cuidadora, y tendrán que interactuar y ver cómo se comunican.

Después de realizar cada caso, la enfermera les preguntará a cada persona, cómo se han visto y si creen que podrían mejorar en alguna forma a la hora de comunicarse.

Así mismo, se consultará al resto de cuidadores, cómo creen que podrían haberlo hecho mejor o cómo habrían actuado ellos. O que actuación consideran que sería la correcta.

ACTIVIDAD 1: ¿CÓMO ACTÚO YO?

TIEMPO	60 minutos (12 por caso)
MATERIAL DE APOYO	Anexo 15 (casos de comunicación cuidador-afectado)

ACTIVIDAD 2: ¿QUÉ AFECTA AL PROCESO COMUNICATIVO?

OBJETIVOS:	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la importancia de realizar una buena comunicación • Aprender los problemas que pueden existir en la comunicación y demostrar actitud positiva para intentar mitigarlos
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO	<p>La enfermera escribirá en la pizarra estas palabras: comunicación, barreras (semánticas, físicas y emisor-receptor), sentimientos y escucha activa.</p> <p>Tras escribir estas palabras en la pizarra, les preguntará a los cuidadores que les sugieren dichas palabras (8 minutos)</p> <p>Tras ello, la enfermera explicará durante 12 minutos, la importancia de llevar a cabo un buen proceso comunicativo teniendo en cuenta la escucha activa y no interrumpir al emisor cuando habla. Así mismo les recordará la importancia de tener empatía (ponerse en el lugar del otro) para que los cuidadores se puedan dar cuenta de lo que pueden sufrir los afectados por ACV.</p> <p>Después les mencionará que es muy importante tener en cuenta las barreras existentes, y que hay tres tipos de barreras. Semánticas: en relación a que las palabras tienen diferentes significados; físicas que son las que existen en el medio y emisor-receptor que pueden ser fisiológicas (tono, voz, pronunciación...), psicológicas o de edad, nivel cultural...</p>
TIEMPO	20 minutos
MATERIAL DE APOYO	Pizarra y rotuladores

Tras finalizar esta segunda actividad se les dejarán 10 minutos a los cuidadores para que expongan las dudas que tengan acerca de las 5 sesiones recibidas. Así mismo se les pedirá que digan lo que se llevan del programa, lo que más les ha gustado o impactado.

Después de ello, se les entregará la encuesta de satisfacción (anexo 16) para que la rellenen. Por último se les agradecerá el haber acudido al programa y al final se le dará a cada cuidador un diploma del programa conforme lo han cumplimentado (anexo 17). Además se les recordará que a los 3 meses y al año de la finalización del programa se les remitirá un cuestionario vía email para que lo realicen, también les indicarán que pueden seguir utilizando el contacto telefónico y el email para preguntar dudas.

Anexo 15: Casos de comunicación para hacer role-playing (Afectado por ACV-Cuidador)

- **Caso 1:** el cuidador está en la misma habitación del afectado para ayudarlo a levantarse de la cama. El afectado dice “no me quiero levantar de aquí, no sirvo para nada”
- **Caso 2:** están el cuidador y el afectado hablando en el salón de su casa. El afectado, dice, me está costando muchísimo recuperarme, no quiero que esto me vuelva a pasar, estoy sufriendo mucho porque tú me tienes que estar cuidando y no me puedo valer por mí mismo.
- **Caso 3:** se disponen el cuidador y el afectado a ir a la calle para ir a las compras. El afectado tiene que ir en silla de ruedas por sus dificultades de movilidad. Antes de ir a salir a la calle, el afectado manifiesta “no quiero salir así a la calle, no quiero que me vean en silla de ruedas, qué vergüenza”
- **Caso 4:** el cuidador del afectado es la hija/hijo, y de repente el que ha padecido el ictus dice “hija, vete, no quiero que estés aquí, ni que me cuides, yo no te he criado para esto”
- **Caso 5:** el afectado por ACV está en el sofá viendo la televisión, y el cuidador le lleva la cena, para que pueda tomarla, además le ayuda porque tiene el brazo derecho paralizado. Y el afectado dice, no me des nada, a ver si me muero ya, que para vivir así no quiero.

Anexo 16: Cuestionario evaluación

Refleje su nivel de satisfacción con el programa respondiendo a las siguientes preguntas planteadas a continuación valorando el programa de educación para la salud.

La puntuación va de 1 a 10, siendo 1 “no me ha gustado nada/ muy insatisfecho” y 10 “me ha encantado/completamente satisfecho”

- 1. El programa me ha ayudado a aumentar los conocimientos acerca del accidente cerebrovascular**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- 2. El programa me ha ayudado a aumentar mi motivación y habilidad para gestionar el cuidado del afectado**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- 3. El programa me ha ayudado a comprender la importancia de llevar a cabo un buen autocuidado**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- 4. La información proporcionada en las sesiones se ajustaba a mis expectativas y necesidades**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- 5. El clima establecido con el resto de cuidadores considero que haya sido idóneo**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- 6. Me he sentido apoyado y comprendido durante las sesiones llevadas a cabo**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- 7. La duración de las sesiones y el planteamiento de las actividades dentro de estas considero que ha sido adecuado**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

8. El material empleado considero que ha sido idóneo

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

9. La persona encargada de realizar el programa me ha ayudado a solucionar las dudas y ha llevado una buena mecánica

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10. ¿Qué destacarías del programa realizado?.....

11. ¿Qué mejoras consideras que se pueden llevar a cabo?

12. Otros comentarios y sugerencias:.....

Anexo 17: Diploma/Certificado de asistencia al programa

