




GUÍA DE ATENCIÓN A LAS **PERSONAS CUIDADORAS**



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



**GUÍA DE
ATENCIÓN
A LAS
PERSONAS
CUIDADORAS**

Coordina

M^a Dolores Martín Rodríguez. Técnica de Salud. Unidad de Análisis y Programas.
Dirección de Atención Sanitaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)

Elaboración y redacción

Inés Cossio Rodríguez. Directora de Enfermería. Gerencia de Atención Primaria Área IV. SESPA

Yolanda Cotiello Cueria. Enfermera del Centro de Salud de Villaviciosa.
Gerencia de Atención Primaria Área V. SESPA

Marta González Sánchez. Enfermera. Gerencia de Atención Primaria Área III. SESPA

Joaquín Menchaca Muñiz. Director de Enfermería. Gerencia del Área II. SESPA

María Jesús Rodríguez García. Enfermera del Centro de Salud de Infiesto.
Gerencia de Atención Primaria Área VI. SESPA

Secundino Unanue Calleja. Enfermero Centro de Salud de Llanes.
Gerencia de Atención Primaria Área VI. SESPA

Marian Uría Urraza. Socióloga. Instituto Asturiano de la Mujer. Gobierno del Principado de Asturias

Tratamiento de textos

Teresa Méndez Morales. Aux. Administrativa. Unidad de Análisis y Programas.
Dirección de Atención Sanitaria del SESPA

Revisión externa

De estilo y uso no sexista del lenguaje

Ana González Rodríguez. Jefa de Servicio de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres.
Instituto Asturiano de la Mujer. Gobierno del Principado de Asturias

De la Guía en su conjunto

Esther Arbesú Fernández. Técnica de salud. Gerencia de Atención Primaria Área II. SESPA

Ana González Rodríguez. Jefa de Servicio de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres.
Instituto Asturiano de la Mujer. Gobierno del Principado de Asturias

Begoña Martínez Argüelles. Jefa del Servicio de Calidad y Programas de Salud. Dirección General de
Organización de las Prestaciones Sanitarias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.
Gobierno del Principado de Asturias

Teresa Martínez Rodríguez. Jefa de Área de Planificación y Programación. Dirección General de
Atención a Mayores, Discapacidades y Personas Dependientes. Consejería de Vivienda y Bienestar Social.
Gobierno del Principado de Asturias

Elvira Muslera Canclini. Coordinadora de la Unidad de Análisis y Programas.
Dirección de Atención Sanitaria del SESPA

Emilio Velasco Castañón. Presidente de la Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias
(SEAPA)

Promueve: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

Edita: Servicio de Salud del Principado de Asturias

Distribuye: Subdirección de Atención Primaria del SESPA

Catalogación y Archivo Editorial: Servicio de Publicaciones de la Consejería de la Presidencia

D. L.: AS-5524/06

PRESENTACIÓN

El cuidado familiar de las personas dependientes constituye un reto social de primer orden y un problema que va en aumento, en cuanto que genera un incremento notable y progresivo de la responsabilidad de la familia de proporcionar ayuda y asistencia, día a día, durante un período de tiempo habitualmente muy prolongado, a un familiar en situación de fragilidad, no existiendo precedentes en la historia de nuestro país (expectativa de vida, descenso de la natalidad, población envejecida) de esta nueva condición, que se impone cada vez más sobre la vida de las personas cuidadoras principales y el resto de la familia, con el consiguiente impacto físico y psicológico sobre sus propias vidas.

En la mayoría de las familias es una única persona la que asume la mayor parte de la responsabilidad de los cuidados: la persona cuidadora principal. La mayoría son mujeres y, si bien los hombres participan cada vez más en el cuidado de las personas mayores, generalmente como ayudantes de las cuidadoras principales, ocho de cada diez personas que están cuidando a un familiar mayor son esposas, hijas y nueras, desempeñando su rol de género.

Las tareas y actividades de las personas cuidadoras son múltiples, exigen tiempo y energía, no siempre son cómodas o agradables, son incluso desagradables, y como generalmente no se han previsto, la persona cuidadora no siempre está preparada con antelación para el cuidado ni para afrontar la diversidad de situaciones que los cuidados conllevan y que hace que cada experiencia de cuidado sea única y distinta a las demás por diversas razones: personales, de parentesco, relación anterior de la persona cuidadora con la persona cuidada, tipo y grado de dependencia y hasta por el motivo por el que se cuida (altruismo, reciprocidad, gratitud y estima, sentimientos de culpa, censuras, aprobación social, interés).

Por todo ello cobran el máximo interés iniciativas que, en un contexto de reflexión y discusión entre los distintos niveles y sectores sociales y asistenciales involucrados, tengan como fin la mejora de las características de las organizaciones sociales y sanitarias que permitan una asistencia más eficaz y de mayor calidad dirigida a la persona dependiente, teniendo siempre en cuenta su entorno familiar y comunitario y prestando la máxima atención al cuidador, incluso sin que éste necesite solicitar ayuda.

Siguiendo las Líneas de Actuación del Plan de Salud para Asturias 2004-07 de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios (en concreto, Iniciativa 2), la Subdirección de Atención Primaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias ya incluyó en el año 2005 en la Cartera de Servicios de Atención Primaria el Servicio 312: *Educación para la salud a otros grupos: Atención a Personas Cuidadoras*. En la propuesta de Nueva Cartera de Servicios de ese mismo año elaborada por distintos profesionales de la Atención Primaria con la autoridad delegada de la Dirección General de Organización de las Prestaciones Sanitaria de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, el servicio queda definido como **Servicio de Educación Para la Salud a Grupos y Actividades Comunitarias: Personas Cuidadoras**.

La necesaria guía de actuación que implementará dicho servicio ha sido desarrollada por un grupo de trabajo coordinado por M^º Dolores Martín Rodríguez y ha contado para su elaboración con la colaboración inestimable del Instituto Asturiano de la Mujer y que ahora se presenta como la "Guía de Atención a las Personas Cuidadoras", nueva herramienta de apoyo para los profesionales de la Atención Primaria en la atención a las personas cuidadoras de los familiares dependientes.

Agradezco y felicito al Instituto Asturiano de la Mujer, a los autores de la presente Guía, al Grupo de Trabajo de la Cartera de Servicios y a María Amor Muñoz Fernández, Coordinadora Asistencial de Enfermería de la Subdirección de Atención Primaria, por tan oportuna iniciativa y por el esfuerzo realizado para la elaboración de esta extraordinaria Guía, que sin duda contribuirá a mejorar la calidad de vida y la salud de las personas cuidadoras y que una vez más hace sabia la afirmación de nuestro clásico Alonso Ercilla: "Lo bueno nunca lo es de repente".

Jose Manuel Fernández Vega
Subdirector de Atención Primaria del SESPA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
METODOLOGÍA DE TRABAJO	7
TALLER DE ATENCIÓN A PERSONAS CUIDADORAS.....	8
UNIDADES DIDÁCTICAS:	10
Unidad didáctica 1:	10
El Sistema Informal de cuidados. ¿Quién cuida hoy y por qué?	
Unidad didáctica 2:	27
Los cuidados que presta la persona cuidadora. ¿En qué consiste cuidar?	
Unidad didáctica 3:	47
Dime lo que piensas y te diré como te sientes: Modelo de Situación, Pensamientos, Sentimientos.	
Unidad didáctica 4:	60
Emociones y Sentimientos	
Unidad didáctica 5:	80
La comunicación interpersonal	
Unidad didáctica 6:	95
Final de la vida y pérdidas	
Unidad didáctica 7:	121
El estrés: una respuesta humana	
Unidad didáctica 8:	136
Cuidados a la persona dependiente	
Unidad didáctica 9:	150
Cuidar la propia salud. Recursos Sociales	
ORGANIZACIÓN FUNCIONAL DEL SERVICIO:.....	179
Educación para la salud a grupos y Actividades Comunitarias: Personas cuidadoras	
ANEXOS:	181
Anexo I: Modelo de derivación para participar en el taller de atención a personas cuidadoras	181
Anexo II: Encuesta inicial a persona cuidadoras	182
Anexo III: Cuestionario para la evaluación de calidad de vida: WHOQOL-BREF	185
Anexo IV: Modelo para la evaluación del taller	191

INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas estamos asistiendo a una reorientación de los sistemas sanitarios hacia la atención a la salud en el propio entorno de los individuos. La atención a personas mayores, con enfermedades crónicas, en situación terminal, con discapacidades o con trastornos mentales, son ejemplos de la asunción generalizada de que es más adecuado para las personas dependientes permanecer en sus propios hogares y mantenerse en la comunidad.

A pesar de esto, los servicios sanitarios y sociales como sistemas formales, participan de manera minoritaria en el cuidado continuado de las personas dependientes¹ que viven en la comunidad, constituyendo el cuidado informal² un verdadero sistema invisible de atención a la salud. Los estudios realizados en nuestro país confirman que la familia es el principal prestador de atención a la salud en nuestro medio y constituye la única fuente de provisión de cuidados para una gran mayoría de personas que lo necesitan.

Los cuidados informales frecuentemente son realizados por una única persona que se define como “la cuidadora principal” y este papel es asumido en su mayor parte por las mujeres, dado que la función de cuidar, de atender la salud de las personas de la familia que lo necesitan, está asociada claramente a un rol de género.

Hay ciertos rasgos que caracterizan el cuidado familiar y que afectan muy directamente a su falta de reconocimiento social. Se trata de un trabajo no remunerado, el cuidado es prestado en virtud de las relaciones afectivas y de parentesco que unen a la persona dependiente y la persona cuidadora, y pertenece por tanto al terreno de lo privado. Se desarrolla en el ámbito doméstico y como tal queda oculto a la comunidad y, por último, como ya se ha comentado, forma parte de una función adscrita a las mujeres como parte de un rol de género.

¹ El Consejo de Europa define la **dependencia** como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana” o, de manera más precisa, como “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal.

² **Cuidado Informal:** “Consiste en el cuidado y atención que se dispensa de manera altruista a las personas que presentan algún grado de discapacidad o dependencia, fundamentalmente por sus familiares y allegados, pero también por otros agentes y redes distintos de los servicios formalizados de atención”. (Rodríguez P, 2004).

En esta guía se utilizará de manera equivalente cuidado informal y cuidado familiar.

El coste que asumen las mujeres en sus vidas por el hecho de ser cuidadoras es elevado en términos de salud, calidad de vida, acceso al empleo y desarrollo profesional, relaciones sociales, disponibilidad de tiempo propio y repercusiones económicas. Por todo esto, ya en el último Plan de Salud para Asturias se contempló la puesta en marcha de actuaciones para mejorar la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras.

Siguiendo estas directrices, el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) incluyó en la Cartera de Servicios de Atención Primaria el Servicio: Educación para la Salud a grupos y Actividades Comunitarias: Personas Cuidadoras. Esta línea de trabajo se engloba dentro de las estrategias que la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios y el SESPA acordaron con el Instituto Asturiano de la Mujer para la promoción de la salud de las mujeres asturianas.

Esta Guía, elaborada por el SESPA en colaboración con el Instituto Asturiano de la Mujer, tiene como objetivo ser una herramienta de apoyo para el desarrollo del Servicio de Educación para la Salud a Personas Cuidadoras. Va dirigida a los y las profesionales socio-sanitarios de Atención Primaria y tiene como población diana a las personas cuidadoras de familiares dependientes. En ella se propone una intervención grupal, mediante la realización de un taller estructurado en nueve Unidades Didácticas.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

Se realizó una búsqueda bibliográfica para localizar tanto las guías ya existentes como los distintos documentos que desarrollan o analizan aspectos concretos del impacto de cuidar en la vida de las personas cuidadoras y las estrategias de intervención y/o apoyo a dichas personas desde el sistema formal.

Esta búsqueda bibliográfica se llevó a cabo por medio de Internet en las bases de datos de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y en direcciones web específicas, en concreto: web de la Sociedad española de Geriatria y Gerontología (<http://www.segg.es/segg/index.html>), web del IMSERSO (<http://www.seg-social.es/imserso/>) y la web portal de mayores (<http://www.imsersomayores.csic.es>).

Además, se realizó una búsqueda en bases informatizadas relacionadas con la salud, como Medline y la Biblioteca Cochrane.

Se revisaron los documentos y posteriormente, y de manera consensuada, se definieron y priorizaron los contenidos y el método de la intervención grupal que se presentan en esta guía.

Las direcciones web de los documentos más relevantes se han recogido en la bibliografía de cada Unidad didáctica.

REVISIÓN

Esta guía se revisará cada 2 años.

TALLER DE ATENCIÓN A PERSONAS CUIDADORAS

OBJETIVO GENERAL

Contribuir al desarrollo personal, satisfacción y bienestar de las personas cuidadoras en la experiencia del cuidado.

Objetivos específicos

- Contribuir a visibilizar el papel de las personas cuidadoras en el sistema informal de cuidados y promover la corresponsabilidad de esta tarea en el ámbito familiar e institucional.
- Mejorar sus recursos personales para potenciar su autocuidado y las estrategias de afrontamiento adecuadas en el proceso de cuidar.
- Aumentar su formación y habilidades en la prestación de los cuidados a la persona dependiente, para que éstas tengan la mejor calidad de vida posible.
- Informar de los recursos sociosanitarios disponibles en nuestra CC.AA. y del acceso a los mismos.

Población diana

Personas que cuidan a familiares dependientes.

Estructura del Taller

El taller consta de nueve Unidades Didácticas (UDs).

Unidades Didácticas

- 1ª El sistema Informal de cuidados: ¿quién cuida hoy y por qué?
- 2ª Los cuidados que presta la persona cuidadora. ¿En qué consiste cuidar?
- 3ª Dime lo que piensas y te diré cómo te sientes. Modelo de Situación, Pensamientos, Sentimientos.
- 4ª Emociones y sentimientos.
- 5ª La comunicación interpersonal.
- 6ª Final de la vida y pérdidas.
- 7ª El estrés, una respuesta humana.
- 8ª Cuidados a la persona dependiente.
- 9ª Cuidar la propia salud. Recursos sociales.

Estructura de las Unidades Didácticas

- 1ª **Introducción** sobre los contenidos que se van a trabajar en la Unidad.
- 2ª **Objetivos** de la UD.
- 3ª **Contenidos** de la UD.
- 4ª **Desarrollo metodológico**. En un esquema se presenta para cada contenido el método de trabajo (técnica grupal recomendada), así como el material de apoyo y duración.
- 5ª **Fichas del Formador/a (FF)**. En ellas se describe qué se pretende con la realización de esa actividad y una propuesta de desarrollo.
- 6ª **Fichas de Trabajo (FT)**. Se presentan todas las fichas de trabajo que se entregan a las personas cuidadoras para trabajar un contenido concreto.
- 7ª **Transparencias (T)**. Material de apoyo docente.
- 8ª **Bibliografía**. Principales documentos utilizados en la elaboración de la UD.

Las UD's son una referencia para que las personas formadoras trabajen los contenidos especificados en el taller, y están pensadas para una duración aproximada de 120 minutos.

No pretenden ser rígidas, puesto que se deberán adaptar a las características del grupo y de los y las profesionales.

Tipo de intervención

Es una intervención grupal. El grupo facilita la posibilidad de compartir experiencias, la comunicación y las relaciones sociales, el intercambio de información entre las personas y la creación de nuevas alternativas mediante la escucha de otros puntos de vista, otras opiniones y otras vivencias.

Por otra parte, en este tipo de formación las experiencias de quienes participan, las personas cuidadoras, tienen un papel importante. Todas las personas tienen experiencias y conocimientos previos y a partir de éstos pueden establecerse las estrategias que faciliten la relación y adquisición de nuevos conocimientos.

UNIDADES DIDÁCTICAS

UNIDAD DIDÁCTICA 1

EL SISTEMA INFORMAL DE CUIDADOS. ¿QUIÉN CUIDA HOY Y POR QUÉ?

- n Introducción.
- n Objetivos.
- n Contenidos.
- n Desarrollo metodológico.

- n **Ficha del formador/a FF₁**: PRESENTACIONES POR PAREJAS: ¿QUIÉN ES LA PERSONA QUE ESTÁ A MI LADO?
 - Ficha de Trabajo FT₁: PRESENTACIONES POR PAREJAS: ¿Quién es la persona que está a mi lado?

- n **Ficha del formador/a FF₂**: PRESENTACIÓN DE OBJETIVOS DEL TALLER Y DE LOS CONTENIDOS DE LAS UNIDADES DIDÁCTICAS.
 - Transparencia T_{2.1}: OBJETIVOS DEL TALLER.
 - Transparencia T_{2.2}: UNIDADES DIDÁCTICAS DEL TALLER Y CONTENIDOS.

- n **Ficha del formador/a FF₃**: ACUERDOS PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DEL GRUPO.
 - Transparencia T₃: ACUERDOS PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DEL GRUPO.

- n **Ficha del formador/a FF₄**: EL CUIDADO DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES: ¿QUIÉN CUIDA HOY Y POR QUÉ?
 - Transparencia T₄: PERFIL DE LAS PERSONAS QUE CUIDAN.

- n **Ficha del formador/a FF₅**: DOS HISTORIAS DISTINTAS ANTE UNA NECESIDAD DE CUIDADOS.
 - Ficha de Trabajo FT₅: DOS HISTORIAS DISTINTAS ANTE UNA NECESIDAD DE CUIDADOS.

- n **Ficha del formador/a FF₆**: IDEAS CLAVE.

- n Bibliografía.

INTRODUCCIÓN

En esta Unidad Didáctica, la primera parte estará dedicada a la acogida de las personas que van a participar en el taller, a su presentación, a que conozcan los objetivos, los contenidos de las UD's y la metodología de trabajo que se va a utilizar, así como establecer un acuerdo de "reglas de funcionamiento durante el taller".

La primera UD como tal, pretende crear un espacio de reflexión para que las personas cuidadoras tomen conciencia del papel asignado a las mujeres en nuestra sociedad en las tareas de cuidado.

OBJETIVOS

- Reconocer la importancia que tiene el sistema informal de cuidados en el fomento y cuidado de la salud y en la prevención de la enfermedad.
- Reflexionar sobre el papel asignado en nuestra sociedad a las mujeres en el cuidado de las personas dependientes.
- Identificar las consecuencias que la tarea de cuidar tiene en la vida de las personas cuidadoras.
- Favorecer la corresponsabilidad del cuidado a nivel institucional y familiar, y en este ámbito, promover la participación de los hombres en las tareas del cuidado.

CONTENIDOS

- El cuidado de las personas dependientes. ¿Quién cuida hoy y por qué?
- Consecuencias de cuidar en las personas cuidadoras.

DESARROLLO METODOLÓGICO: Tiempo aproximado 120 minutos

CONTENIDO	TÉCNICA	DESARROLLO METODOLÓGICO	MATERIAL	TIEMPO minutos
1° Presentación de la persona formadora y participantes.	Dinámica de presentación por parejas.	Antes de comenzar la sesión es conveniente que las personas participantes se distribuyan en el aula en un semicírculo para facilitar la visión del grupo. Primero se presenta la formadora o formador y para la presentación de las personas participantes, la persona formadora explica cómo presentarse y entrega la ficha FT ₁ .	FF ₁ : PRESENTACIÓN POR PAREJAS ¿Quién es la persona que está a mi lado? FT ₁ : PRESENTACIÓN POR PAREJAS ¿Quién es la persona que está a mi lado?	25
2° Presentación del taller.	Exposición con ayuda de transparencia o cañón.	La persona formadora ha de exponer los objetivos del taller y los contenidos de las UDs.	FF ₂ : PRESENTACIÓN DE OBJETIVOS DEL TALLER Y DE LOS CONTENIDOS DE LAS UDS. T _{2.1} : OBJETIVOS DEL TALLER. T _{2.2} : UDS DEL TALLER Y CONTENIDOS.	10
3° Acuerdos para el buen funcionamiento del grupo y mantenimiento de la confidencialidad.	Dinámica de grupos.	La formadora o formador mediante debate llegará a un acuerdo para el buen funcionamiento de las UDs y el mantenimiento de la confidencialidad.	FF ₃ : ACUERDOS PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO. T ₃ : ACUERDOS PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DEL GRUPO.	15
DESCANSO 10 minutos				
4° El cuidado de las personas dependientes. ¿Quién cuida hoy y por qué?	Exposición con ayuda de transparencia o cañón	Se realiza una exposición de contenidos y se fomentará el debate sobre ellos.	FF ₄ : EL CUIDADO DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES ¿Quién cuida y por qué? T ₄ : PERFIL DE LAS PERSONAS QUE CUIDAN.	25
5° Consecuencias de cuidar en las personas cuidadoras.	Lectura de texto y reflexión en grupos pequeños	Se organizarán grupos de 3 ó 4 personas para leer y comentar la historia de Pilar y Juan, FT ₅ . Posteriormente se hará una puesta en común.	FF ₅ : DOS HISTORIAS DISTINTAS ANTE UNA NECESIDAD DE CUIDADOS. FT ₅ : DOS HISTORIAS DISTINTAS ANTE UNA NECESIDAD DE CUIDADOS.	25
6° Ideas clave.	Exposición participada.	La persona formadora finalizará la UD con un resumen de contenidos y subrayará las IDEAS CLAVE, que se han generado durante la UD.		10

UNIDAD DIDÁCTICA 1 / FICHA DEL FORMADOR/A FF₁

Se inicia la UD presentándose la persona formadora y, posteriormente por parejas, las personas que van a participar en el taller.

PRESENTACIONES POR PAREJAS: ¿Quién es la persona que está a mi lado?

En este ejercicio se propone que cada persona participante se ponga en pareja con otra de las participantes y que se hagan las preguntas de la Ficha de Trabajo FT₁: **PRESENTACIONES POR PAREJAS: ¿Quién es la persona que está a mi lado?**

El fin de esta dinámica es conseguir que comiencen a expresarse y relacionarse unas con otras. Dependiendo del grupo, la persona formadora valorará como alternativa que cada una se presente a sí misma.

Posteriormente se presentarán la una a la otra ante todo el grupo.

Se darán 10 minutos para que las parejas intercambien información y serán necesarios otros 10 minutos para que se pueda presentar el grupo entero.

Las preguntas las puede hacer la persona formadora o escribirlas en un encerado o rotafolios. También se puede entregar un papel con las preguntas para que las contesten, lo que puede facilitar la presentación FT₁: **PRESENTACIONES POR PAREJAS: ¿Quién es la persona que está a mi lado?**

Después de las presentaciones, la persona formadora invitará y animará al grupo a que exprese sus expectativas con relación al taller y las irá anotando en un rotafolios o pizarra.

UNIDAD DIDÁCTICA 1 / FICHA DE TRABAJO FT₁

PRESENTACIONES POR PAREJAS: ¿Quién es la persona que está a mi lado?

Realizar las siguientes preguntas a la persona que está a vuestro lado, para después presentarla al resto del grupo:

n ¿Cómo te llamas?

n ¿A quién cuidas?

n ¿Vive contigo la persona a la que cuidas?

n ¿Vives además con otras personas?

n ¿Te ayuda alguien a cuidar?

UNIDAD DIDÁCTICA 1 / FICHA DEL FORMADOR/A FF₂

PRESENTACIÓN DE OBJETIVOS DEL TALLER Y DE LOS CONTENIDOS DE LAS UNIDADES DIDÁCTICAS

Después de las presentaciones y recogida de las expectativas de las personas cuidadoras, se presentarán los objetivos del taller, el número y contenidos de las Unidades Didácticas, y el tiempo aproximado de duración de cada una de ellas.

Material de apoyo:

- **Transparencia T_{2.1}**: OBJETIVOS DEL TALLER.
- **Transparencia T_{2.2}**: UNIDADES DIDÁCTICAS DEL TALLER Y CONTENIDOS.

UNIDAD DIDÁCTICA 1 / TRANSPARENCIA T_{2.1}

OBJETIVOS DEL TALLER

1. Reconocer el papel de las personas cuidadoras y la importancia que tiene esta labor en nuestra sociedad.
2. Describir y analizar las tareas que conlleva cuidar.
3. Entender que estas tareas afectan a los pensamientos, sentimientos y comportamientos.
4. Reconocer las emociones y sus funciones.
5. Desarrollar la comunicación interpersonal.
6. Mejorar las habilidades para entender y acompañar al familiar en la etapa final de la vida.
7. Adquirir y mejorar las capacidades de la persona cuidadora en la prestación de cuidados al familiar.
8. Entender la importancia de cuidarse y aprender a conseguirlo.
9. Conocer los recursos sociales y sanitarios de nuestra Comunidad y cómo acceder a ellos.

UNIDAD DIDÁCTICA 1 / TRANSPARENCIA T_{2.2}

UNIDADES DIDÁCTICAS DEL TALLER Y CONTENIDOS

Se realizará una UD cada semana con una duración de 2 horas.

UD 1

Presentación.

Sistema informal de cuidados a personas dependientes.

¿Quién cuida hoy y por qué?

UD 2

En qué consiste cuidar.

Consecuencias del cuidado en la vida de la persona cuidadora y de la persona cuidada.

UD 3

Los pensamientos y sentimientos.

Dime qué piensas y te diré cómo te sientes.

UD 4

Las emociones en el proceso de cuidar.

UD 5

Cómo mejorar la comunicación interpersonal.

UD 6

El estrés.

UD 7

El final de la vida y el afrontamiento de las pérdidas.

UD 8

El cuidado de la persona dependiente.

UD 9

Cuidar nuestra salud.

Recursos sociosanitarios.

UNIDAD DIDÁCTICA 1 / FICHA DEL FORMADOR/A FF₃

ACUERDOS PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DEL GRUPO

Se trata de que todo el grupo acuerde unas normas para garantizar la cohesión y el buen funcionamiento. Se pondrá la **Transparencia T₃**: ACUERDOS PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DEL GRUPO, explicando qué significan cada uno de los puntos y se llegará a un compromiso a través del debate.

Acuerdos para el buen funcionamiento del grupo

1. **Comprometerse a asistir.**

Puesto que cada Unidad Didáctica se basa en la UD anterior, es difícil obtener el mayor provecho si se falta a una UD. Por eso es importante que asistan a todas las UDs y que comuniquen a la persona formadora si van a faltar a alguna de ellas. Si faltan a una UD, se tratará de mantenerlas al corriente de los temas debatidos antes de que regresen al grupo.

2. **El mismo tiempo para todo el grupo.**

Hay que tratar de asegurar que cada persona durante el desarrollo del taller tenga la misma oportunidad de expresar lo que desea.

3. **Actitud positiva y constructiva.**

Si alguna persona quiere dar algún consejo o hacer alguna recomendación a otra persona o tal vez al grupo en general, hay que animarla a que lo haga, pero es importante expresar lo que se quiere decir de tal manera que no se ofenda a nadie. Por lo tanto, todo el grupo debe hacer comentarios constructivos que ayuden y que den esperanzas.

4. **Mantener un enfoque práctico.**

La mayor parte del taller se enfocará en cómo sentirse razonablemente bien, teniendo en cuenta la tensión que causa el cuidado de una persona dependiente. Si en alguna UD nos desviamos de lo práctico y nos ponemos a divagar, deben sentirse libres de hacernos “volver a la realidad”.

5. **Confidencialidad.**

A lo largo del taller, algunas personas pueden revelar una experiencia personal que ilustre el tema que estamos tratando. Este tipo de información no debe ser comentada fuera del grupo. De esta manera todos y todas podemos sentirnos cómodamente sabiendo que lo que digamos no se divulgará a otras personas fuera del grupo.

UNIDAD DIDÁCTICA 1 / TRANSPARENCIA T₃

ACUERDOS PARA EL BUEN FUNCIONAMIENTO DEL GRUPO

1. Compromiso de asistir a todas las UD's (intentar avisar en caso de que no se pueda acudir).
2. Derecho a expresarse libremente para todas las personas participantes en el grupo.
3. Actitud positiva y constructiva.
4. Centrarse en el tema.
5. Compromiso de mantener la confidencialidad (lo que se dice en el grupo no debe salir del grupo).

UNIDAD DIDÁCTICA 1 / FICHA DEL FORMADOR/A FF₄

EL CUIDADO DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES: ¿Quién cuida hoy y por qué?

Tratamos ahora de visibilizar el trabajo que están realizando las personas cuidadoras como responsables del cuidado de personas dependientes y las consecuencias que ello conlleva en su vida y su salud.

Asimismo, se informará de los pasos que están dando las instituciones para hacer frente a las necesidades de cuidados de las personas dependientes.

Se realizará una exposición de contenidos y posteriormente se invitará a exponer sus puntos de vista sobre ellos.

Material de apoyo:

- **Transparencia T₄**: PERFIL DE LAS PERSONAS QUE CUIDAN.

Las mujeres como cuidadoras

Las mejoras en la alimentación, trabajo, vivienda, salud, etc., han hecho que cada vez se viva más años, aunque ello conlleve problemas crónicos de salud. Por otro lado, los avances tecnológicos están logrando que las personas sobrevivan con discapacidades importantes y, por lo tanto, que cada vez se necesiten cuidados más complejos. Ésta es una realidad que se incrementará en un futuro próximo.

Según datos del IMSERSO, en España se estima que el porcentaje de personas que presentan una dependencia importante está entre un 10% y un 15% de las personas mayores de 65 años, porcentaje que aumenta sensiblemente en las edades más avanzadas.

En nuestro país, la mayor parte de estos cuidados se están proveyendo en el hogar, dado que los servicios sociales y sanitarios sólo cubren una parte pequeña de las necesidades. Y dentro de la familia, son las mujeres las que realizan las tareas de cuidado, puesto que cuidar ha sido y es todavía visto como una labor de mujeres.

Así pues, anteponiéndolo a sus propias expectativas y proyectos de vida, las mujeres han venido realizando un trabajo que es invisible, puesto que se lleva a cabo en el ámbito del hogar y, por tanto, poco valorado y desde luego no pagado.

El papel del cuidado lo han asumido las mujeres, como consecuencia del modelo patriarcal y en cumplimiento del rol que se les ha asignado. A través de la educación recibida y los mensajes que transmite la sociedad, se ha favorecido la concepción de que las mujeres están mejor preparadas que los hombres para el cuidado, ya que se les adjudica más capacidad de abnegación y de sufrimiento, así como habilidades especiales.

En las familias que no cuentan con una mujer cuidadora, algún hombre (esposo, hijo, hermano) se ha de hacer cargo del cuidado; pero en aquellas en las que hay una mujer, el peso del cuidado sigue recayendo en ella. Y aunque los hombres se están implicando paulatinamente en el hecho de cuidar, normalmente suele ser como colaboradores de la cuidadora principal.

En los últimos años ha comenzado a hablarse de las cuidadoras, pero no desde la perspectiva de cómo cambiar una situación social y de salud claramente discriminatoria, sino como un problema para el propio sistema sanitario. Debido a la sobrecarga que implica el cuidado, ellas mismas, con una edad media de 53 años, se convierten en pacientes a las que a menudo se etiqueta como "hiperfrecuentadoras".

La labor realizada por las mujeres como cuidadoras se considera un soporte fundamental y, ante la escasez de recursos sociales y sanitarios, se pretende que esta situación se mantenga. Por ello, se viene dando apoyo y formación a la cuidadora en aspectos sanitarios (cambios posturales, curas, alimentación, etc.), así

como propiciando descansos (ingresos temporales en residencias), que si bien tienen efectos positivos, tanto sobre la persona cuidada como sobre la propia cuidadora, tienden a perpetuar la situación, beneficiando al sistema sociosanitario.

Es decir, el planteamiento es “cuidar a la cuidadora” sin plantearse que esto implica que la responsabilidad siga recayendo en las mujeres como proveedoras de cuidados. Desde el sistema educativo no se ha abordado con seriedad la necesidad de cambios en los roles adjudicados a niñas y niños. Los costes invisibles del trabajo de las mujeres como cuidadoras vienen siendo analizados desde hace años, y los cuidados informales siguen siendo rentables económica y socialmente.

Tampoco se ha fomentado la corresponsabilidad familiar en el cuidado, ni se ha hecho hincapié en la necesidad de que los hombres se impliquen; así que, aunque haya algunos hombres que cuidan, el papel fundamental sigue adjudicándose a las mujeres.

Sin embargo, la propia realidad social está haciendo que la situación de los cuidados en nuestro país se ponga en cuestión. Hace ya décadas, en los países del norte de Europa se pusieron en marcha programas y recursos para abordar unos cometidos que se asumieron como responsabilidad del estado del bienestar. Estos recursos garantizan un cuidado digno de las personas dependientes, permitiendo la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo y creando, a la vez, nuevos empleos en el sector servicios.

En nuestro país se han producido cambios importantes en las últimas décadas, que están emplazando a que se dé una respuesta social e institucional al problema de la dependencia. Los cambios fundamentalmente han sido y están siendo: la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, las transformaciones en los modelos familiares, las nuevas formas y estilos de vida, los avances en la igualdad entre mujeres y hombres, etc. Así pues, el escenario a corto y medio plazo va a ser el de una sociedad cada vez más envejecida con un entramado familiar y social totalmente distinto al actual.

Aunque se han producido bastantes avances en la última década, ni el Estado, ni los gobiernos autonómicos y locales han asignado aún recursos y servicios suficientes para cubrir las necesidades existentes. Es, por tanto, urgente un proyecto que basándose en un diagnóstico de la situación, racionalice la oferta de recursos y servicios, garantizando a corto plazo la cobertura para las personas con mayores niveles de dependencia y que a medio plazo cubra las necesidades de la mayoría de personas dependientes.

En este sentido, el Gobierno aprobó el proyecto de **Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia**. Como paso previo se elaboró el Libro Blanco de la Dependencia, utilizando como base el estudio realizado por el IMSERSO en el año 2004 “Situación y evolución del apoyo informal a los mayores en España”.

Las personas que cuidan:

- n **Ocho de cada diez** personas que cuidan son mujeres.
- n **Un 57.2%** son hijas/os de la persona cuidada, un 16.8 % son esposas/os o compañeras/os y un 10% nueras o yernos.
- n La edad media es **53 años**.
- n **Casi una de cada tres** personas que cuida supera los 60 años.
- n Un parte muy importante **comparte domicilio** con la persona cuidada.
- n **Dos de cada tres** personas que cuidan **no tienen una ocupación laboral** remunerada.
- n **Ocho de cada diez** personas que cuidan lo hacen **todos los días**.
- n Como media dedican casi **11 horas diarias** al cuidado junto con las labores cotidianas de la casa.
- n **La mitad** de las personas que cuidan lo hacen solas.
- n **Casi una de cada tres** personas que cuidan lleva 6 o más años cuidando.
- n **Ocho de cada diez** son la **única o la principal ayuda** para la persona cuidada.
- n **Siete de cada diez** personas que cuidan realizan **actividades domésticas, cuidados personales** (alimentación, aseo, etc.) y **cuidados sanitarios** (curas, cambios de posturas, medicación).
- n **Más de la mitad** de las personas que cuidan tiene **problemas de salud**.

UNIDAD DIDÁCTICA 1 / TRANSPARENCIA T₄

PERFIL DE LAS PERSONAS QUE CUIDAN

Cuidar se escribe en femenino

1. Mujer (ocho de cada diez personas que cuidan son mujeres).
2. Responsable de tareas domésticas.
3. Familiar directo (madre, hija, esposa).
4. Convive con la persona que cuida.
5. Sin empleo remunerado.

UNIDAD DIDÁCTICA 1 / FICHA DEL FORMADOR/A FF₅

DOS HISTORIAS DISTINTAS ANTE UNA NECESIDAD DE CUIDADOS

En pequeños grupos se lee y comenta la historia de Pilar y Juan. **FT₅: DOS HISTORIAS DISTINTAS ANTE UNA NECESIDAD DE CUIDADOS.** La finalidad del ejercicio es que el grupo reflexione sobre cómo afecta la tarea de cuidar a las vidas de Pilar, Juan, sus hijas y su cuñado, en los aspectos personales, familiares, laborales y sociales y cómo podría ser el reparto más equitativo de las tareas de cuidado y el papel de los servicios sociosanitarios en dicho cuidado.

Durante el ejercicio, la persona formadora animará a que participen todas las personas del grupo y, si es necesario, aclarará las preguntas. Después se hará una puesta en común; para ello se invitará a una persona del grupo a que exponga las opiniones del mismo.

UNIDAD DIDÁCTICA 1 / FICHA DE TRABAJO FT₅

DOS HISTORIAS DISTINTAS ANTE UNA NECESIDAD DE CUIDADOS

Juan

Tiene 50 años, está casado y tiene dos hijas de 23 y 20 años. La mayor está casada y vive fuera y la pequeña estudia en la universidad. Trabaja en una empresa metalúrgica y acaba su jornada a las 6 de la tarde. Por la semana suele ir a tomar sidra con los amigos al salir del trabajo.

Su madre, Honorina, tiene 80 años y tuvo una trombosis hace dos años. Quedó paralizada en silla de ruedas. Habla con dificultad y está en la cama o en la silla de ruedas. Necesita ayuda para todo: moverse, comer, lavarse, etc.

Juan no encuentra mucho tiempo para cuidarla. Los sábados por la mañana se queda con ella para que su mujer, Pilar, haga la compra de la semana. A veces hace algún recado durante la semana. Los domingos por la mañana ayuda a asear a su madre, luego sale y a la tarde va al fútbol. Por las noches, ayuda a meterla a la cama.

Pilar

Tiene 48 años y está casada con Juan. Dejó el trabajo cuando su suegra vino a casa por la trombosis. Perdió casi toda su relación con las compañeras de trabajo, con las que solía tomar café. Dejó también de salir con su marido.

La relación con su suegra, que es viuda, siempre fue muy buena.

Tiene ayuda domiciliaria del ayuntamiento una hora al día.

Tiene un cuñado que está soltero. Los sábados por la tarde viene a hacer una visita a Honorina. El verano pasado propuso quedarse con ella durante una semana, para que Pilar y Juan salieran de vacaciones. Pilar no quiso, porque pensó que igual no iba a cuidarla como lo hacía ella.

La hija de Pilar la ayuda a levantar de la cama a la abuela por las mañanas y a veces a asearla, pero Pilar no quiere que le dedique mucho tiempo, para que estudie y salga.

Pilar ya ha tenido problemas de espalda y para dormir. Está agobiada, pero no ve muchas salidas a su situación. Cree que es lo que le ha tocado y que tendrá que aguantar.

- n ¿Conocéis casos parecidos en vuestro entorno?
- n ¿Cómo afecta la situación de Honorina a la vida de Pilar, Juan y sus hijas?
- n Ante un caso semejante que le ocurriese a una amiga, a una vecina o a un familiar, ¿qué le recomendaríais que hiciese?
- n ¿Qué tipo de recursos creéis que sería el adecuado para aliviar las tareas de Pilar?

UNIDAD DIDÁCTICA 1 / FICHA DEL FORMADOR/A FF₆

IDEAS CLAVE

A lo largo de la Unidad Didáctica van a salir distintas ideas, reflexiones... Se recogerán las ideas clave para ser comentadas como punto final de la UD.

Es importante que estas ideas clave se formulen en positivo. Por ejemplo:

- n La mujer es quien hoy asume la mayor responsabilidad en el cuidado de personas dependientes.
- n Es un trabajo no remunerado, pero que en nuestra sociedad está contribuyendo de manera fundamental en la salud y bienestar de las personas dependientes.

UNIDAD DIDÁCTICA 1 / BIBLIOGRAFÍA

- n Situación y evolución del apoyo informal a los mayores en España, abril 2004. IMSERSO.
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-situacion-01.ppt>
- n Libro Blanco de la Dependencia. <http://sociales.mtas.es/inicioas/dependencia/depen.htm>
- n Proyecto de Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. http://sociales.mtas.es/inicioas/dependencia/proyecto_ley_dependencia.pdf
- n Lagarde, Marcela. Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción. Sare-Emakunde 2003.
http://www.sare-emakunde.com/media/anual/archivosAsociados/03LAGARDE,M.-pon_Cast_1.pdf
- n Esteban, M^a Luz. Cuidado y salud: costes en la salud de las mujeres y beneficios sociales.
http://www.sare-makunde.com/media/anual/archivosAsociados/03ESTEBAN,ML-pon_Cast_1.pdf
- n Murillo, Soledad. ¿Quién cuida a la cuidadora?. Repartir el cuidado para no descuidarnos.
http://mys.matriz.net/mys06/articulos/art_06_02p.html
- n Canet, M^a Mercé. La imprescindible contribución de los servicios sociales a la salud de las mujeres.
http://mys.matriz.net/mys06/articulos/art_06_02p.html
- n Delicado, M^a Victoria; García, Miguel Ángel; López, Belén; Martínez, Pilar. Cuidadoras informales: una perspectiva de género. www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2013/cuidadoras_informales.htm
- n Armstrong, Pat. Thinking it through: women, work and caring in the new millennium.
<http://www.paho.org/English/DPM/GPP/GH/ArmstrongPres.pdf>
- n García Calvente MM, et al. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac. Sanit* 2004; 18 (Supl 2): 83-92.
- n García Calvente MM, et al. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gac. Sanit* 2004; 18 (Supl 1):132-139.

UNIDAD DIDÁCTICA 2

LOS CUIDADOS QUE PRESTA LA PERSONA CUIDADORA. ¿EN QUÉ CONSISTE CUIDAR?

- n Introducción.
- n Objetivos.
- n Contenidos.
- n Desarrollo metodológico.

- n **Ficha del formador/a FF₁: EN QUÉ CONSISTE CUIDAR Y CONSECUENCIAS DEL CUIDADO EN LA PERSONA CUIDADORA.**
 - Ficha de Trabajo FT₁: EN QUÉ CONSISTE CUIDAR Y CONSECUENCIAS DEL CUIDADO EN LA PERSONA CUIDADORA.
 - Transparencia T_{1,1}: EN QUÉ CONSISTE CUIDAR. TAREAS LIGADAS AL ACTO DE CUIDAR. HABILIDADES EN EL CUIDADO.
 - Transparencia T_{1,2}: CONSECUENCIAS DEL CUIDADO EN LA PERSONA CUIDADORA.

- n **Ficha del formador/a FF₂: DARSE CUENTA. POSIBLES SEÑALES DE ALERTA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.**
 - Ficha de Trabajo FT₂: SEÑALES DE ALERTA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.
 - Transparencia T_{2,1}: SEÑALES DE ALERTA.
 - Transparencia T_{2,2}: ESTRATEGIAS PARA AFRONTAR LA SITUACIÓN.

- n **Ficha del formador/a FF₃: CONSECUENCIAS DEL CUIDADO EN LA PERSONA DEPENDIENTE.**
 - Ficha de Trabajo FT₃: CONSECUENCIAS DEL CUIDADO EN LAS PERSONAS DEPENDIENTES.
 - Transparencia T_{3,1}: CÓMO POTENCIAR LA INDEPENDENCIA.
 - Transparencia T_{3,2}: CÓMO POTENCIAR LA AUTOESTIMA.

- n **Ficha del formador/a FF₄: DERECHOS DE LAS PERSONAS CUIDADORAS.**
 - Ficha de Trabajo FT₄: DERECHOS DE LAS PERSONAS CUIDADORAS.

- n Bibliografía.

Se iniciará la UD recordando las ideas clave de la UD anterior y realizando una breve introducción de los contenidos que se van a trabajar.

INTRODUCCIÓN

Cuidar implica hoy, para la mayoría de las personas cuidadoras, el desarrollo de tareas que ocupan una parte importante de su tiempo, afectando a distintos aspectos de su vida: familiar, laboral, social, personal, a su tiempo de ocio, su economía,... etc. Pero también la manera de cuidar puede afectar a la independencia y autoestima de la persona cuidada.

OBJETIVOS

- Reconocer las tareas y habilidades que implica el acto de cuidar.
- Identificar las consecuencias ligadas al acto de cuidar.
- Proponer estrategias y herramientas para afrontar dichas consecuencias.

CONTENIDOS

- La situación de cuidar: Tareas de la persona cuidadora ligadas al acto de cuidar.
- Consecuencias del cuidado en la vida de las personas cuidadoras y de las personas dependientes.
- Estrategias y herramientas para afrontar las consecuencias del cuidado en la persona cuidadora.
- Estrategias para mejorar la independencia y autoestima en las personas dependientes.

DESARROLLO METODOLÓGICO: Tiempo aproximado 120 minutos

CONTENIDO	TÉCNICA	DESARROLLO METODOLÓGICO	MATERIAL	TIEMPO minutos
1º	Exposición participada.	Se puede invitar a las personas participantes a exponer las ideas claves de la UD anterior y ayudarlas si no las recuerdan.		5
2º	Trabajo grupal, puesta en común.	Se entrega la FT ₁ para trabajar en grupos de tres o cuatro personas. Posteriormente se invitará a una persona de cada grupo a exponer y en una pizarra o rotafolios se resumirán las aportaciones de cada grupo.	FF ₁ : EN QUE CONSISTE CUIDAR Y CONSECUENCIAS DEL CUIDADO EN LA PERSONA CUIDADORA. FT ₁ : EN QUE CONSISTE CUIDAR Y CONSECUENCIAS DEL CUIDADO EN LA PERSONA CUIDADORA. T _{1,1} : EN QUE CONSISTE CUIDAR TAREAS LIGADAS AL ACTO DE CUIDAR HABILIDADES EN EL CUIDADO. T _{1,2} : CONSECUENCIAS DEL CUIDADO EN LA PERSONA CUIDADORA.	25
3ª	Trabajo individual y puesta en común.	Se entrega a cada persona la ficha de trabajo, FT ₂ . Con esta ficha se pretende que identifiquen "señales de alerta" que pueden aparecer como consecuencia de cuidar, es decir, problemas de salud, cansancio o agotamiento, tristeza, etc., y sobre las capacidades personales que utilizan para afrontarlas. A continuación se realiza una puesta en común.	FF ₂ : DARSE CUENTA POSIBLES SEÑALES DE ALERTA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO. FT ₂ : SEÑALES DE ALERTA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO. T _{2,1} : SEÑALES DE ALERTA. T _{2,2} : ESTRATEGIAS PARA AFRONTAR LA SITUACION.	25
DESCANSO 10 minutos				
4ª	Trabajo grupal. Exposición participada.	Mediante la Ficha de Trabajo FT ₃ se trabaja en grupos las actitudes de las personas cuidadoras que favorecen la dependencia o independencia de la persona cuidada. Posteriormente y mediante una exposición participada se explicarán las estrategias para fomentar la independencia y autoestima.	FF ₃ : CONSECUENCIAS DEL CUIDADO EN LA PERSONA DEPENDIENTE. FT ₃ : CONSECUENCIAS DEL CUIDADO EN LAS PERSONAS DEPENDIENTES. T _{3,1} : CÓMO POTENCIAR LA INDEPENDENCIA. T _{3,2} : CÓMO POTENCIAR LA AUTOESTIMA.	25
5ª	Lectura compartida.	Se entrega a cada participante para una lectura en alto compartida la FT ₄ .	FF ₄ : DERECHOS DE LAS PERSONAS CUIDADORAS. FF ₄ : DERECHOS DE LAS PERSONAS CUIDADORAS.	20
6º	Exposición participada.	A lo largo de la UD, la persona formadora irá recogiendo las ideas clave; con ellas se finalizará la UD.		10

UNIDAD DIDÁCTICA 2 / FICHA DEL FORMADOR/A FF₁

EN QUÉ CONSISTE CUIDAR Y CONSECUENCIAS DEL CUIDADO EN LA PERSONA CUIDADORA

Con la **Ficha de Trabajo FT₁**: EN QUÉ CONSISTE CUIDAR Y CONSECUENCIAS DEL CUIDADO EN LA PERSONA CUIDADORA, pretendemos que cada participante sea consciente de las tareas que se derivan de la situación de cuidar, de las habilidades que pone en juego para ello y de las consecuencias que dicha tarea tiene en su vida.

Se entrega la **FT₁** para trabajar en grupos de tres o cuatro personas. La persona formadora tiene que promover la participación de todas ellas. Posteriormente se invitará a una persona de cada grupo a exponer y en una pizarra o rotafolios se resumirán las aportaciones de cada grupo.

Esta relación se puede contrastar con la:

- **Transparencia T_{1,1}**: EN QUÉ CONSISTE CUIDAR / TAREAS LIGADAS AL ACTO DE CUIDAR/HABILIDADES EN EL CUIDADO.
- **Transparencia T_{1,2}**: CONSECUENCIAS DEL CUIDADO EN LA PERSONA CUIDADORA.

En qué consiste cuidar y consecuencias del cuidado en las personas cuidadoras

Cuidar implica muchas y variadas tareas de prestación de ayuda. Muchas de las actividades relacionadas con el cuidado requieren el desarrollo de determinadas habilidades que, en mayor o menor medida, han ido adquiriendo las personas cuidadoras.

Aunque las áreas en las que se prestan cuidados y las tareas que implica dicha ayuda dependen de cada situación particular, muchas de estas tareas habituales son comunes a la mayoría de las situaciones de cuidado. A lo largo del día la persona cuidadora realiza diversas actividades de las que no es consciente y que por ello no valora, percibiendo tan solo que el tiempo transcurre sin saber en qué.

Por otra parte, la tarea de cuidar afecta en muchas ocasiones a la vida de la persona cuidadora en diferentes planos, cambios en las relaciones familiares y sociales, en el trabajo y en la situación económica, en el tiempo libre, en la salud, en el estado de ánimo... etc. También cuidar a una persona, a pesar de las dificultades y la "dureza" de la situación, puede ser una experiencia satisfactoria para la persona cuidadora.

UNIDAD DIDÁCTICA 2 / FICHA DE TRABAJO FT₁

EN QUÉ CONSISTE CUIDAR Y CONSECUENCIAS DEL CUIDADO EN LA PERSONA CUIDADORA

Piense en las tareas que realiza para el cuidado, las habilidades que ha ido desarrollando para ello y enumere las consecuencias que las mismas tienen para su vida.

n ¿Cuidados que usted presta?

n ¿Qué habilidades ha ido desarrollando?

n ¿Qué consecuencias tiene en su vida las tareas del cuidado?

UNIDAD DIDÁCTICA 2 / TRANSPARENCIA T_{1,1}

EN QUÉ CONSISTE CUIDAR

- n Atender.
- n Procurar el bien.
- n Fomentar el bienestar y la alegría.
- n Curar los males.
- n Amortiguar los dolores.
- n Estar pendiente de la otra persona.

TAREAS LIGADAS AL ACTO DE CUIDAR

- n Ayuda en las actividades de la casa (cocinar, lavar, limpiar, planchar, etc.).
- n Ayuda para el transporte fuera del domicilio (por ejemplo, acompañar al Centro de salud).
- n Ayuda para el desplazamiento en el interior del domicilio.
- n Ayuda para la higiene personal (peinarse, bañarse, etc.).
- n Ayuda para la administración del dinero y los bienes.
- n Supervisión en la toma de medicamentos.
- n Colaboración en tareas de enfermería.
- n Llamar por teléfono o visitar regularmente a la persona que se cuida.
- n Resolver situaciones conflictivas derivadas del cuidado (por ejemplo, cuando se comporta de forma agitada).
- n Ayuda para la comunicación con los demás cuando existen dificultades para expresarse.
- n Hacer muchas “pequeñas cosas” (por ejemplo, llevarle un vaso de agua, acercar la radio, etc.).

HABILIDADES EN EL CUIDADO

Capacidad para:

- n Planificar la alimentación.
- n Movilizar a las personas dependientes.
- n Supervisar y administrar la medicación.
- n Asear a la persona dependiente.
- n Realizar curas.
- n Entretener a la persona cuidada, escucharle y proporcionarle afecto y compañía.
- n Organizar el tiempo.
- n Coordinar servicios sociales y sanitarios.

UNIDAD DIDÁCTICA 2 / TRANSPARENCIA T_{1.2}

CONSECUENCIAS DEL CUIDADO EN LA PERSONA CUIDADORA

El cuidado puede conllevar:

- n Satisfacción personal con la tarea que se está realizando.

Pero también:

- n Cambios en las relaciones familiares (asumir nuevos roles, conflictos...).
- n Cambios en el trabajo y en la situación económica (absentismo, aumento de los gastos...).
- n Cambios en el tiempo libre (disminución del tiempo dedicado al ocio, a la familia, a las amistades...).
- n Cambios en la salud (fatiga...).
- n Cambios en el estado de ánimo (sentimientos de tristeza, de irritabilidad, de preocupación, de culpa...).

UNIDAD DIDÁCTICA 2 / FICHA DEL FORMADOR/A FF₂**DARSE CUENTA.****POSIBLES SEÑALES DE ALERTA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO**

Se entrega a cada persona la **Ficha de Trabajo FT₂: SEÑALES DE ALERTA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO**. Con esta ficha se pretende que identifiquen “señales de alerta” que pueden aparecer como consecuencia de cuidar, es decir, problemas de salud, cansancio o agotamiento, tristeza, etc., y sobre las capacidades personales que utilizan o puede utilizar para afrontarlas. A continuación se invita a que voluntariamente expongan lo trabajado en la ficha.

Material de apoyo:

- **Transparencia T_{2,1}: SEÑALES DE ALERTA.**
- **Transparencia T_{2,2}: ESTRATEGIAS PARA AFRONTAR LA SITUACIÓN.**

Señales de alerta

Cada persona vive la actividad de cuidar de forma diferente en función de muchas circunstancias: propias, de la persona cuidada, del grupo familiar y social, de los recursos y servicios de apoyo, etc. A veces se tiende a cuidar mucho y cuidarse poco. Es frecuente que los propios deseos y necesidades pasen a un segundo plano.

Cuando las personas cuidadoras se exigen demasiado a sí mismas y se olvidan de sus necesidades personales, su propio organismo tiene “mecanismos de alarma” que le indican que están demasiado cansadas o superadas por alguna situación. Estas señales de alarma se deben tomar como indicadores de que es necesario prestarse más atención.

Posibles señales de alerta:

- n Problemas de sueño (despertar de madrugada, dificultad para conciliar el sueño, demasiado sueño, etc.).
- n Pérdida de energía, fatiga crónica, sensación de cansancio continuo, etc.
- n Aislamiento.
- n Consumo excesivo de bebidas con cafeína, alcohol o tabaco. Consumo excesivo de pastillas para dormir u otros medicamentos.
- n Problemas físicos: palpitaciones, temblor de manos, molestias digestivas.
- n Problemas de memoria y dificultad para concentrarse.
- n Menor interés por actividades y personas que anteriormente eran objeto de interés.
- n Aumento o disminución del apetito.
- n Actos rutinarios repetitivos como, por ejemplo, limpiar continuamente.
- n Enfadarse fácilmente.
- n Dar demasiada importancia a pequeños detalles.

- n Cambios frecuentes de humor o de estado de ánimo.
- n Propensión a sufrir accidentes.
- n Dificultad para superar sentimientos de depresión o nerviosismo.
- n No admitir la existencia de síntomas físicos o psicológicos que se justifican mediante otras causas ajenas al cuidado.
- n Tratar a otras personas de la familia de forma menos considerada que habitualmente.

Estrategias de Afrontamiento

Las personas hemos desarrollado diversas capacidades para afrontar la vida. En posteriores UD's se van a trabajar específicamente algunas de estas capacidades, para mejorarlas o adquirirlas.

Estrategias:

- n Pedir ayuda:
 - ⊗ Pedir ayuda a familiares y amistades.
 - ⊗ Pedir ayuda a servicios socio-sanitarios, instituciones y asociaciones.
- n Poner límites al cuidado.
- n Cuidar de la propia salud:
 - ⊗ Hacer ejercicio físico.
 - ⊗ Alimentarse de forma saludable.
 - ⊗ Cuidar el sueño y descanso.
 - ⊗ Dedicarse tiempo propio.
 - ⊗ Aprender a relajarse.
 - ⊗ Mantener y fomentar las relaciones sociales.
- n Afirmarse y comunicarse mejor.
- n Reconocer y aceptar los sentimientos.
- n Conocer y hacer uso de sus derechos.
- n Pensar en el futuro.
- n Fomentar la independencia de la persona dependiente.

UNIDAD DIDÁCTICA 2 / FICHA TRABAJO FT₂

SEÑALES DE ALERTA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

1º. A continuación se relacionan algunas “señales de alarma”, que pueden estar indicando que no nos cuidamos lo suficiente. Piensen si alguna de estas señales se les ha presentado en las **dos últimas semanas** y señalen si les ocurren muchas veces, a veces o nunca:

	Nunca	A veces	Muchas veces
Problemas con el sueño			
Sensación de cansancio continuo			
Enfadarse con facilidad			
Dar demasiada importancia a pequeños detalles			
Tristeza			
Pérdida de interés por las personas y las cosas			
Nervios a flor de piel			
Necesidad de tomar calmantes o tranquilizantes			
Aislamiento			
Aumento o disminución del apetito			
Problemas de salud			

2º. Fíjese ahora en las señales de alarma que usted ha señalado en la columna de “muchas veces”. ¿Qué suele hacer usted cuando aparecen?

UNIDAD DIDÁCTICA 2 / TRANSPARENCIA T_{2.1}

SEÑALES DE ALERTA

- n Problemas de sueño (despertar de madrugada, dificultad para conciliar el sueño, demasiado sueño, etc.).
- n Pérdida de energía, fatiga crónica, sensación de cansancio continuo, etc.
- n Aislamiento.
- n Consumo excesivo de bebidas con cafeína, alcohol o tabaco.
- n Consumo excesivo de pastillas para dormir u otros medicamentos.
- n Problemas físicos: palpitaciones, temblor de manos, molestias digestivas.
- n Problemas de memoria y dificultad para concentrarse.
- n Menor interés por actividades y personas que anteriormente eran objeto de interés.
- n Aumento o disminución del apetito.
- n Actos rutinarios repetitivos como, por ejemplo, limpiar continuamente.
- n Enfadarse fácilmente.
- n Dar demasiada importancia a pequeños detalles.
- n Cambios frecuentes de humor o de estado de ánimo.
- n Propensión a sufrir accidentes.
- n Dificultad para superar sentimientos de depresión o nerviosismo.
- n No admitir la existencia de síntomas físicos o psicológicos que se justifican mediante otras causas ajenas al cuidado.
- n Tratar a otras personas de la familia de forma menos considerada que habitualmente.

UNIDAD DIDÁCTICA 2 / TRANSPARENCIA T_{2.2}

ESTRATEGIAS PARA AFRONTAR LA SITUACIÓN

- n Darse cuenta de que es necesario cambiar.
- n Pedir ayuda.
 - ® Pedir ayuda a familiares y amistades.
 - ® Pedir ayuda a servicios, instituciones y asociaciones.
- n Poner límites al cuidado.
- n Cuidar de la propia salud.
 - ® Ejercicio físico.
 - ® Alimentación saludable.
 - ® Sueño-descanso.
 - ® Tiempo propio.
 - ® Relajación.
 - ® Relaciones sociales.
- n Afirmarse y comunicarse mejor.
- n Reconocer y aceptar los sentimientos.
- n Conocer y hacer uso de sus derechos.
- n Pensar en el futuro.
- n Fomentar la autonomía de la persona dependiente.

UNIDAD DIDÁCTICA 2 / FICHA DEL FORMADOR/A FF₃

CONSECUENCIAS DEL CUIDADO EN LA PERSONA DEPENDIENTE Y ESTRATEGIAS PARA FOMENTAR LA INDEPENDENCIA Y AUTOESTIMA

Mediante la **Ficha de Trabajo FT₃**: CONSECUENCIAS DEL CUIDADO EN LAS PERSONAS DEPENDIENTES, se trabajará en grupos de tres o cuatro personas las actitudes de las personas cuidadoras que favorecen la independencia y autoestima de la persona cuidada. Posteriormente, y mediante una exposición participada, se explicarán las estrategias para fomentar la independencia y autoestima.

Material de apoyo:

- **Transparencia T_{3.1}**: CÓMO POTENCIAR LA INDEPENDENCIA.
- **Transparencia T_{3.2}**: CÓMO POTENCIAR LA AUTOESTIMA.

¡OJO! Favorecer la independencia precisa tiempo y paciencia en las personas cuidadoras. Pero hay que enfatizar en que es positivo dedicar este tiempo pues muy pronto constatarán que tienen que dedicar menos esfuerzo en las actividades de la vida cotidiana.

Cuidar favoreciendo la independencia y autoestima del familiar

El cuidado de las personas mayores constituye una de las principales preocupaciones de sus familiares. El deterioro de la salud no es la única causa por la que las personas dependientes dejan de hacer actividades que han hecho a lo largo de su vida.

Las actitudes y formas de actuar de las personas que cuidan y otras personas cercanas ante el deterioro de la salud, tienen una gran influencia sobre el grado de independencia y autoestima.

Frecuentemente se tiende a responder a los problemas de dependencia de las personas a las que se cuidan haciendo las cosas por ellas. Sin embargo, con ello se puede estar favoreciendo la dependencia y aumentando la carga de trabajo en la persona que cuida.

La autoestima es la confianza que tenemos en nuestras posibilidades y que nos hace sentirnos útiles y valiosos ante nosotros mismos y los demás. Las enfermedades y hacerse mayor pueden llevar a que la autoestima disminuya. Además, las personas mayores que necesitan cuidados pueden ver reducidas sus posibilidades de tomar decisiones y de organizar su vida por sí mismas, lo que afecta a sus sentimientos de valía personal.

Las personas que cuidan están generalmente preocupadas porque la atención que se ofrece a sus familiares sea de la mejor calidad posible, y en ese empeño, a veces toman decisiones por ellas o no tienen en cuenta la importancia de respetar cuestiones como el pudor o la intimidad en situaciones como el baño o el vestido. Estos comportamientos pueden llevar a que las personas dependientes se sientan cada vez más incapaces y vayan perdiendo la confianza en sí mismas.

Estrategias para favorecer la independencia de la persona cuidada

- Observar y tratar de encontrar todo lo que la persona dependiente puede hacer sola.
- No hacer por ella nada que pueda hacer por sí misma.
- Proporcionar únicamente la ayuda que necesita.
- Ayudarla verbalmente, diciéndole concretamente lo que tiene que hacer.
- Ayudarla a empezar.
- Ayudarla a hacer la actividad.
- Preparar la situación para que sea más fácil (barras asideras en bañera).
- Mantener rutinas siempre que pueda.
- Tener en cuenta las preferencias de la persona cuidada.
- Tener en cuenta la seguridad pero pensando en la autonomía (no permitir que cocine por temor a que se queme).
- Adaptar la vivienda.
- Utilizar ayudas técnicas.
- Reforzarla en todo lo que hace bien.

Estrategias para favorecer la autoestima

- Permitir que su familiar tome las decisiones que le afectan.
- Hacer que se sienta útil.
- Procurar que asuma responsabilidades.
- Respetar su intimidad.

UNIDAD DIDÁCTICA 2 / FICHA DE TRABAJO FT₃

CONSECUENCIAS DEL CUIDADO EN LAS PERSONAS DEPENDIENTES

Hay actitudes que tienden a favorecer la independencia o dependencia de la persona cuidada. En las siguientes frases, señale con una X lo que usted crea que se corresponde mejor.

	Dependencia	Independencia
1. "No te preocupes por tu aspecto. No vas a salir".		
2. "Podrías afeitarte. Creo que estarás mejor".		
3. "Es mejor que te quedes en la cama. Total, no tienes nada que hacer".		
4. "¿Qué tal si te levantas y andas un poco?"		
5. "Yo te daré la comida. Vamos a llegar tarde".		
6. "Hoy vamos a comer antes, para que nos dé tiempo a llegar a la hora".		
7. "Déjame a mí la toalla. Te seco yo".		
8. "Te doy la toalla para que te vayas secando por arriba. Mientras, yo te voy secando las piernas".		
9. "Elegimos la ropa que te vas a poner y poco a poco te la vas poniendo. Llámame si te hace falta ayuda".		
10. "Déjame que te vista, tardamos menos".		

Señale ahora, de las actitudes que se muestran a continuación, aquéllas que usted cree que favorecen la autoestima:

	Favorecen	Dificultan
1. "Veo que te has duchado, tienes un aspecto estupendo".		
2. "Tus consejos son muy útiles, me han venido muy bien".		
3. "No te molestes en vestirte, hoy no va a venir nadie a verte".		
4. "¿Qué te parece si haces frixuelos?, te salen riquísimos".		

UNIDAD DIDÁCTICA 2 / TRANSPARENCIA T_{3.1}

CÓMO POTENCIAR LA INDEPENDENCIA

- n Observe y trate de encontrar todo lo que la persona dependiente puede hacer sola.
- n No haga por ella nada que pueda hacer por sí misma.
- n Proporcione únicamente la ayuda que necesita.
- n Ayúdele verbalmente, diciéndole concretamente lo que tiene que hacer.
- n Ayúdele a empezar.
- n Ayúdele a hacer la actividad.
- n Prepare la situación para que sea más fácil (barras asideras en bañera).
- n Mantenga rutinas siempre que pueda.
- n Tenga en cuenta sus preferencias.
- n Tenga en cuenta la seguridad pero piense en la autonomía (no permitir que cocine por temor a que se queme).
- n Adapte la vivienda.
- n Utilice ayudas técnicas.
- n Refuércela en todo lo que hace bien.

UNIDAD DIDÁCTICA 2 / TRANSPARENCIA T_{3.2}

CÓMO POTENCIAR LA AUTOESTIMA

1. Permita que su familiar tome las decisiones que le afectan.
2. Haga que se sienta útil.
3. Procure que asuma responsabilidades.

UNIDAD DIDÁCTICA 2 / FICHA DEL FORMADOR/A FF₄

DERECHOS DE LAS PERSONAS CUIDADORAS

Se entrega a cada participante para una lectura en alto compartida la **FT₄: DERECHOS DE LAS PERSONAS CUIDADORAS**.

Derechos de las personas cuidadoras

- n El derecho a cuidarse, dedicando tiempo y haciendo actividades simplemente para ellas sin sentimientos de culpa, de miedo y sin autocritica.
- n El derecho a mantener facetas de su propia vida que no incluyan a la persona a la que cuidan.
- n El derecho a experimentar sentimientos negativos (tristeza, rabia o enfado) por ver enferma o estar perdiendo a la persona querida.
- n El derecho a resolver por ellas mismas aquello de lo que sean capaces y el derecho a preguntar y pedir ayuda a otras personas para resolver aquello que no comprendan, reconociendo los límites de su propia resistencia y fuerza.
- n El derecho a buscar soluciones que se ajusten razonablemente a sus necesidades y a las de sus seres queridos.
- n El derecho a ser tratadas con respeto por aquellas personas a quienes solicitan consejo y ayuda.
- n El derecho a cometer errores y ser disculpadas por ello.
- n El derecho a ser reconocidas como personas valiosas y fundamentales de su familia, incluso cuando sus puntos de vista sean distintos.
- n El derecho a quererse y admitir que hacen lo humanamente posible.
- n El derecho a recibir consideración, afecto, perdón y aceptación por lo que hacen por la persona a quien cuidan.
- n El derecho a aprender, y a disponer del tiempo necesario para aprenderlo.
- n El derecho a decir “no” ante demandas excesivas, inapropiadas o poco realistas.
- n El derecho a seguir desarrollando su propia vida y disfrutando de ella.
- n El derecho a liberarse de sentimientos y pensamientos negativos, destructivos e infundados, aprendiendo a manejarlos y controlarlos.
- n El derecho a rechazar cualquier intento que haga la persona cuidada para manipularlas, haciéndolas sentirse culpables o deprimidas.
- n El derecho a estar orgullosas por la labor que desempeñan y aplaudir el coraje que tienen que reunir muchas veces para satisfacer las necesidades de la persona de la que cuidan.
- n El derecho a esperar y demandar que, así como se están haciendo nuevos esfuerzos en encontrar recursos para optimizar la atención a las personas discapacitadas física y mentalmente en nuestro país, se hagan los mismos esfuerzos para optimizar la ayuda y el soporte necesarios a las personas cuidadoras.
- n El derecho a ser ellas mismas...

UNIDAD DIDÁCTICA 2 / FICHA DE TRABAJO FT₄

DERECHOS DE LAS PERSONAS CUIDADORAS

- n El derecho a cuidarse, dedicando tiempo y haciendo actividades para ellas sin sentimientos de culpa, de miedo y sin autocrítica.
- n El derecho a mantener facetas de su propia vida que no incluyan a la persona a la que cuidan.
- n El derecho a experimentar sentimientos negativos (tristeza, rabia o enfado) por ver enferma o estar perdiendo a la persona querida.
- n El derecho a resolver por ellas mismas aquello de lo que sean capaces, y el derecho a preguntar y pedir ayuda a otras personas para resolver aquello que no comprendan, reconociendo los límites de su propia resistencia y fuerza.
- n El derecho a buscar soluciones que se ajusten razonablemente a sus necesidades y a las de sus seres queridos.
- n El derecho a ser tratadas con respeto por aquellas personas a quienes solicitan consejo y ayuda.
- n El derecho a cometer errores y ser disculpadas por ello.
- n El derecho a ser reconocidas como personas valiosas y fundamentales de su familia, incluso cuando sus puntos de vista sean distintos.
- n El derecho a quererse y admitir que hacen lo humanamente posible.
- n El derecho a recibir consideración, afecto, perdón y aceptación por lo que hacen por la persona a quien cuidan.
- n El derecho a aprender, y a disponer del tiempo necesario para aprenderlo.
- n El derecho a decir “no” ante demandas excesivas, inapropiadas o poco realistas.
- n El derecho a seguir desarrollando su propia vida y disfrutando de ella.
- n El derecho a liberarse de sentimientos y pensamientos negativos, destructivos e infundados, aprendiendo a manejarlos y controlarlos.
- n El derecho a rechazar cualquier intento que haga la persona cuidada para manipularlas, haciéndoles sentir culpables o deprimidos.
- n El derecho a estar orgullosas por la labor que desempeñan y aplaudir el coraje que tienen que reunir muchas veces para satisfacer las necesidades de la persona de la que cuidan.
- n El derecho a esperar y demandar que, así como se están haciendo nuevos esfuerzos en encontrar recursos para optimizar la atención a las personas discapacitadas física y mentalmente en nuestro país, se hagan los mismos esfuerzos para optimizar la ayuda y el soporte necesarios a las personas cuidadoras.
- n El derecho a ser ellas mismas...

UNIDAD DIDÁCTICA 2 / BIBLIOGRAFÍA

- Libro Blanco de la Dependencia. <http://sociales.mtas.es/inicioas/dependencia/depen.htm>
- ¿En qué consiste cuidar? Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. http://www.segg.es/segg/html/cuidadores/cuidador/quienes_son.htm#consiste
- Consecuencias del cuidado en la vida del cuidador. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. http://www.segg.es/segg/html/cuidadores/cuidador/consecuencias_cuidado.htm
- Grupo de demencias de la Semfyc. El cuidado del cuidador. ¿Qué señales de alerta pueden estar indicando que necesito cuidarme más de mí misma? Demencias. Anexo 25. <http://www.semfyc.es/demencias/Anexos/Anexo25.pdf>
- El cuidado del cuidador. Cómo cuidarse mejor. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. http://www.segg.es/segg/html/cuidadores/cuidador/cuidado_cuidador.htm
- Conocer y hacer uso de sus derechos. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. http://www.segg.es/segg/html/cuidadores/cuidador/conocer_derechos.htm
- Fernández de Troconiz MI, Montorio Cerrato I, Díaz Veiga P. Guía para cuidadores y familiares. IMSERSO 1997.

UNIDAD DIDÁCTICA 3

DIME LO QUE PIENSAS Y TE DIRÉ CÓMO TE SIENTES: MODELO DE SITUACIÓN, PENSAMIENTOS, SENTIMIENTOS

- n Introducción.
- n Objetivos.
- n Contenidos.
- n Desarrollo metodológico.

- n **Ficha del formador/a FF₁: EL MODELO DE SITUACIÓN - PENSAMIENTO - SENTIMIENTO (SPS).**
 - **Ficha de Trabajo FT₁: EJERCICIO DE LIDIA.**

- n **Ficha del formador/a FF₂: MANERAS NEGATIVAS (INADECUADAS) DE PENSAR:
RECONOCIENDO LOS PENSAMIENTOS.**
 - **Ficha de Trabajo FT₂: EJERCICIO DE LIDIA. CONTINUACIÓN (PRIMERA PARTE).**
 - **Transparencia T₂: SEIS MANERAS NEGATIVAS DE PENSAR.**

- n **Ficha del formador/a FF₃: CÓMO CAMBIAR LOS PENSAMIENTOS NEGATIVOS POR PENSAMIENTOS MÁS ADAPTATIVOS.**
 - **Ficha de Trabajo FT₂: EJERCICIO DE LIDIA. CONTINUACIÓN (SEGUNDA PARTE).**
 - **Transparencia T₃: REPLAZANDO LOS PENSAMIENTOS INADECUADOS POR PENSAMIENTOS MÁS ADAPTATIVOS.**

- n Bibliografía.

INTRODUCCIÓN

Nuestros sentimientos están muy relacionados con nuestros pensamientos, la manera en que se interpreta una situación, lo que nos decimos a nosotros mismos con respecto a ella, van a influir decisivamente en cómo nos sentimos y actuamos.

El modelo de Situación-Pensamiento-Sentimiento, describe la relación entre algo que ha ocurrido, nuestros pensamientos (la interpretación de lo ocurrido), cómo nos sentimos y actuamos con respecto a esa situación.

OBJETIVOS

- Comprender la relación que existe entre situación, pensamiento, sentimientos y comportamiento.
- Aprender a cambiar los pensamientos inadecuados por pensamientos adaptativos.

CONTENIDOS

- El modelo de Situación - Pensamiento - Sentimiento.
- Pasos para manejar el malestar.
- Maneras negativas de pensar.
- Cómo reemplazar los pensamientos negativos por otros más positivos.

DESARROLLO METODOLÓGICO: Tiempo aproximado 120 minutos

CONTENIDO	TÉCNICA	DESARROLLO METODOLÓGICO	MATERIAL	TIEMPO minutos
1º	Exposición participada.	Se invita a las personas participantes a exponer las ideas claves de la UD anterior y ayudarlas si no las recuerdan.		5
2º	Trabajo grupal, puesta en común.	En grupos de tres o cuatro personas, se realiza el ejercicio de la Ficha de Trabajo FT ₁ , para su posterior puesta en común. Con este ejercicio se pretende ilustrar cómo puede funcionar el modelo SPS en la vida real y que las personas participantes diferencien situación, pensamientos, sentimientos y conductas. Hay que animar a que hablen y compartan sus ideas; además, se puede ir aclarando, si es necesario, cuál es la situación, cuáles son los pensamientos, los sentimientos descritos y las conductas en el ejemplo.	FF ₁ : EL MODELO DE SITUACIÓN - PENSAMIENTO - SENTIMIENTO (SPS). FT ₁ : EJERCICIO DE LIDIA.	25
3º	Exposición participada. Trabajo en grupos y puesta en común.	La persona formadora explicará seis maneras negativas de pensar que son cotidianas, invitando al grupo a poner ejemplos. Después, en grupos de tres o cuatro personas, realizan la primera parte de la FT ₂ : EJERCICIO DE LIDIA CONTINUACIÓN, para su posterior puesta en común.	FF ₂ : MANERAS NEGATIVAS (INADECUADAS) DE PENSAR RECONOCIENDO LOS PENSAMIENTOS. FT ₂ : EJERCICIO DE LIDIA CONTINUACIÓN (PRIMERA PARTE). T ₂ : SEIS MANERAS NEGATIVAS DE PENSAR.	35
DESCANSO 10 minutos				
4º	Trabajo grupal, puesta en común. Exposición participada.	Se continúa con la segunda parte de la FT ₂ : EJERCICIO DE LIDIA CONTINUACIÓN, puesta en común. Posteriormente, se resumen mediante una exposición participada las alternativas a las seis maneras negativas.	FF ₃ : CÓMO CAMBIAR LOS PENSAMIENTOS NEGATIVOS POR PENSAMIENTOS MÁS ADAPTATIVOS. FT ₂ : EJERCICIO DE LIDIA CONTINUACIÓN (SEGUNDA PARTE). T ₃ : REPLAZANDO LOS PENSAMIENTOS INADECUADOS POR PENSAMIENTOS MÁS ADAPTATIVOS.	35
5º	Exposición participada.	A lo largo de la UD, la persona formadora irá recogiendo las ideas clave; con ellas se finalizará la UD.		10

UNIDAD DIDÁCTICA 3 / FICHA DEL FORMADOR/A FF₁

EL MODELO DE SITUACIÓN - PENSAMIENTO - SENTIMIENTO (SPS)

En grupos de tres o cuatro personas, se realiza el ejercicio de la **Ficha de Trabajo FT₁**: **EJERCICIO DE LIDIA**, para su posterior puesta en común.

Con este ejercicio se pretende ilustrar cómo puede funcionar el modelo SPS en la vida real y que las personas participantes diferencien situación, pensamientos, sentimientos y conductas. Hay que animar a que hablen y compartan sus ideas; además, se puede ir aclarando, si es necesario, cuál es la situación, cuáles son los pensamientos, los sentimientos descritos y las conductas en el ejemplo.

Modelo Situación - Pensamiento - Sentimiento

Ante una situación que provoca malestar puede haber varias respuestas:

1. Cambiar la situación comportándose de una manera directa o asertiva.
2. Evitar la situación o retirarse de ella.
3. Adaptarse para poder vivir con la situación.

En UD's posteriores se verán los métodos para desarrollar una conducta directa o asertiva.

En esta UD se trabajará las formas de adaptarse a distintas situaciones que nos generan malestar.

Para poder adaptarse a una situación de malestar deben comprenderse algunas ideas básicas sobre nuestros sentimientos y saber qué factores o cosas influyen en nuestra manera de sentirnos. Nuestros sentimientos están ligados a nuestros pensamientos. Lo que pensemos sobre una situación, a veces afecta directamente lo que sentimos. Algunos estados emocionales (rabia, ira, enfado) impiden que nos demos cuenta de lo que estamos pensando. Estos pensamientos son normalmente negativos o no adaptativos y tienden a perpetuar nuestro malestar.

El modelo de Situación - Pensamiento - Sentimiento (Modelo SPS) describe la relación entre algo que ha ocurrido, nuestros pensamientos sobre este hecho (la interpretación de lo ocurrido) y cómo nos sentimos y actuamos con respecto a la situación.

Cuando algo sucede lo vemos de una manera determinada. Por ejemplo, podemos tomarlo como algo personal o podemos verlo como un fracaso que nos impide lograr lo que esperamos. Estas maneras de considerar lo ocurrido pueden llevarnos a sentimientos, entre otros, de frustración o de desilusión. También podemos ver lo ocurrido positivamente, como un logro inesperado. Esta última interpretación nos llevará seguramente a sentirnos mejor.

UNIDAD DIDÁCTICA 3 / FICHA DE TRABAJO FT₁**Ejercicio Lidia**

Lidia cuida a su esposo, David, que ha sufrido una trombosis. David todavía puede realizar por sí mismo algunas actividades como pasear y comer, pero necesita ayuda para otras, como vestirse y bañarse.

Hoy, David y Lidia van a salir. Lidia le dice que se vaya vistiendo. Al cabo de un rato, Lidia entra en la habitación y David está a medio vestir. Lidia, mientras le mira, piensa: "David nunca me hace caso, no aprecia todo lo que hago por él, siempre me lleva la contraria y lo hace a propósito para fastidiarme, es un desagradecido". Lidia alza la voz y le dice: "no merece que me sacrifique por ti", y sale dando un portazo.

En este ejemplo:

¿Cuál es la situación o acción que causa el enfado de Lidia?

.....

.....

¿Cuáles son los pensamientos que Lidia tiene sobre esta situación?

.....

.....

¿Cuáles son los sentimientos de Lidia?

.....

.....

¿Cuál es la conducta de Lidia?

.....

.....

UNIDAD DIDÁCTICA 3 / FICHA DEL FORMADOR/A FF₂

MANERAS NEGATIVAS (INADECUADAS) DE PENSAR: RECONOCIENDO LOS PENSAMIENTOS

Con el ejercicio anterior han diferenciado situación, pensamientos, sentimientos y conductas, así cómo la relación que hay entre ellos.

Ahora se trata de reconocer pensamientos negativos que son habituales en situaciones cotidianas.

Mediante la **Transparencia T₂**: SEIS MANERAS NEGATIVAS DE PENSAR, se explicarán seis formas negativas de pensar habituales.

A continuación, los mismos grupos utilizan la **FT₂**: EJERCICIO DE LIDIA. CONTINUACIÓN, para que identifiquen las formas negativas de pensar que aparecen en el ejercicio.

Posteriormente se realizará la puesta en común.

Haciendo frente a una situación que no puede ser cambiada

- 1º El *primer paso* para controlar el malestar es **reconocer** los *pensamientos* que lo provocan.
- 2º El *segundo paso* para su control es **evaluar** *nuestros pensamientos* y tratar de ver lo ocurrido desde distintos puntos de vista.
- 3º El *tercer paso* es **cambiar** los pensamientos: desarrollar pensamientos más positivos o adaptativos que nos ayuden a controlar el malestar.

1º. Reconociendo los sentimientos

A continuación se revisan seis maneras de pensar negativamente, que son comunes en la vida diaria.

1. Pensar: "Todo o nada"

Esto se refiere a nuestra tendencia de ver las cosas: todas buenas o todas malas. Pensamos en términos de "todo o nada" cuando nos juzgamos a nosotros mismos o a los demás según normas perfeccionistas. Un ejemplo de esta forma de pensar es la persona que comete un error y concluye que él o ella no puede hacer nada bien.

Ejemplo:

"No puedo hacer **nada** bien".

"No puedo satisfacer **a nadie**".

2. Filtro Mental

Una persona extrae de su vida todo lo positivo de tal manera que sólo piensa en lo negativo. Quien atiende a una persona, usará un filtro mental cuando se preocupe de un sólo problema e ignore todo aspecto positivo de ella.

a) Generalizar demasiado.

Cuando se generaliza demasiado, se concluye que un evento refleja la manera en que las cosas siempre sucederán. Por ejemplo, el pariente de una persona que atiende a un enfermo o enferma, puede criticar la atención que dicha cuidadora le presta. Como consecuencia, esta cuidadora podría concluir: "**Ninguna persona** comprende lo difícil que es esta situación".

Ejemplo:

"Mi madre me está acusando de robarle. **Nunca** ha tenido confianza en mí, **ni en nadie**".

b) Exagerar o restarle significado a un incidente.

Este aspecto puede tomar dos direcciones: exagerar nuestros defectos, o reducir nuestras virtudes.

Ejemplo:

“Bueno, sí sé cuidar las plantas, pero quién no lo sabe hacer”.

“¿Cómo puedo ocuparme de los gastos de la casa, cuando ni siquiera puedo controlar mi tarjeta de crédito?”.

c) Descalificar lo positivo.

Tenemos la tendencia a menospreciar los halagos que recibimos de los demás. En vez de aceptar y afirmar el elogio que alguien nos hace.

Ejemplo:

Alguien nos dice: “Están riquísimos estos frixuelos”, y pensamos: ¡qué tontería, están como siempre!; además, ...como si fuera difícil hacerlos.

3. Sacar conclusiones precipitadamente

Esto ocurre cuando se llega a conclusiones negativas sin tener en cuenta la situación misma o los hechos. Hay dos situaciones donde ocurre esto:

a) Adivinar el pensamiento (leer el pensamiento).

Alguien asume saber lo que la otra persona está pensando.

Ejemplo:

“Luis dijo que iba a cuidar hoy a nuestro padre”. “Yo creo que me dijo eso solamente para terminar la conversación”.

b) Predecir el futuro.

Se asume que sucederá algo malo, o que los demás dirán algo malo de uno o una. Puede preocuparse de tal manera de lo que puede pasar en el futuro que se olvide de gozar del presente.

Ejemplo:

“Si le dejo bañarse solo, se va a caer y será peor”.

4. Pensar: “Yo Debería” o “No Debería”

Los pensamientos relacionados con “yo debería” son sólo opiniones y no reflejan necesariamente la realidad de la situación. El decirnos “yo debería” nos puede deprimir y enojar ya que este “yo debería” es a veces lo que no queremos hacer, pero lo que las otras personas quieren o pensamos que quieren que hagamos.

Ejemplo:

“No debería pensar en llevar a mi madre a una residencia. Es mi madre y debo cuidarla en casa”.

5. Etiquetar (poner adjetivos de forma generalizada)

Ésta es una forma exagerada de generalización. Una persona se apoda despreciativamente a sí misma o a los demás al fijarse en los defectos o errores y dejar a un lado lo bueno que hace.

Ejemplo:

Alguien puede enfadarse en un momento con la persona cuidada y concluir de ella misma que es insoportable.

6. Personalizar

Una persona se siente responsable o culpable de algo malo que ha sucedido, aunque no se tenga la culpa.

Ejemplo:

“Si no me hubiera ido de vacaciones, mi padre no se hubiera caído y roto la cadera”.

UNIDAD DIDÁCTICA 3 / FICHA DE TRABAJO FT₂

EJERCICIO LIDIA. CONTINUACIÓN

Lidia cuida a su esposo, David, que ha sufrido una trombosis. David todavía puede realizar por sí mismo algunas actividades como pasear y comer, pero necesita ayuda para otras como vestirse y bañarse.

Hoy, David y Lidia van a salir. Lidia le dice que se vaya vistiendo. Al cabo de un rato, Lidia entra en la habitación y David está a medio vestir. Lidia, mientras le mira, piensa: "David nunca me hace caso, no aprecia todo lo que hago por él, siempre me lleva la contraria y lo hace todo a propósito, es un desagradecido". Lidia alza la voz y le dice: "no merece que me sacrifique por ti" , y sale dando un portazo.

En ese ejemplo:

Primera parte

¿Cuáles son los pensamientos negativos de Lidia?

.....

.....

Segunda parte

Reemplaza las formas negativas de pensar del ejercicio anterior por pensamientos más positivos.

.....

.....

UNIDAD DIDÁCTICA 3 / TRANSPARENCIA T₂

MANERAS NEGATIVAS DE PENSAR

1. Todo o nada.

2. Filtro mental.

- n Generalizar.

- n Exagerar o restarle significado a una situación.

- n Descalificar lo positivo.

3. Sacar conclusiones precipitadamente.

- n Adivinar el pensamiento.

- n Predecir el futuro.

4. Pensar: "yo debería o yo no debería".

5. Etiquetar.

6. Personalizar.

UNIDAD DIDÁCTICA 3 / FICHA DEL FORMADOR/A FF₃

CÓMO CAMBIAR LOS PENSAMIENTOS NEGATIVOS POR PENSAMIENTOS MÁS ADAPTATIVOS

Se sigue con la Ficha FT₂: EJERCICIO DE LIDIA. CONTINUACION. Se han identificado las formas negativas de pensar de Lidia. Ahora tienen que ponerse en el lugar de Lidia y buscar una alternativa a cada uno de las maneras negativas de pensar que han aparecido en la primera parte del ejercicio.

Posteriormente, se resumen mediante una exposición participada, las alternativas a las seis maneras negativas de pensar que se explicaron con anterioridad.

Material de apoyo:

- **Transparencia T₃**: REMPLAZANDO LOS PENSAMIENTOS INADECUADOS POR PENSAMIENTOS MÁS ADAPTATIVOS.

2º Evaluando los pensamientos

Hacerse preguntas sobre la situación:

Los siguientes son ejemplos de preguntas que se pueden hacer para evaluar una situación que causó malestar.

A. *¿Siempre pasa esto? ¿O hay un día o algún momento en que “esto” no sucede?*

B. *¿Cuáles son los hechos que apoyan este pensamiento?*

Por ejemplo: preguntar a sí mismo/a sobre los hechos a “**favor**” del pensamiento, así como en “**contra**” del pensamiento. Se trata de descubrir la evidencia (a favor y en contra) para que se pueda llegar a una conclusión final.

Los siguientes son ejemplos de preguntas que se pueden hacer para evaluar si la evidencia está a favor o en contra del pensamiento:

B1. *¿Es esto verdad o es sólo una creencia persistente mía?*

¿Se pondrá realmente peor si falto unos días de casa o es sólo el miedo que tengo a que eso pueda pasar?.

B2. *¿Hay otras alternativas posibles u otras posibilidades que considerar?*

Por ejemplo: quizás está haciendo esto debido a la enfermedad, y no porque quiera enfadarme.

3º Reemplazando los pensamientos negativos (inadecuados) por otros más positivos y efectivos

Por ejemplo: dada la evidencia de que mis pensamientos no pueden ser ciertos, voy a ver la situación y a pensar en ella de una manera diferente.

Otros ejemplos:

- No es verdad que siempre haga esto; la mayoría de las veces es lo contrario.
- Puedo haber cometido un error al (especificar una situación), pero un error no quiere decir que yo sea una mala (persona, esposa, ama de casa). Normalmente no cometo errores como cuidadora.
- Es lógico que me sienta atrapada, pero no me ayuda pensar en ello. Es mejor pensar en soluciones para resolver mi problema que perder tiempo en mis sentimientos.

A continuación se repasan las maneras negativas de pensar y cómo cambiar los pensamientos inadecuados.

1. Pensar “*Todo o nada*”.

Mantener todo en perspectiva. Nada es todo bueno o todo malo. Si se analizan las cosas, se puede encontrar algo positivo en cada situación.

Cuando nos hallamos en una situación difícil nos preocupamos porque pensamos que las cosas no mejorarán. Hay que recordar que lo que ahora está pasando no permanecerá siempre.

2. Filtro Mental.

Es necesario reconocer lo negativo, pero a la vez ver también lo positivo. Es importante tener una visión amplia de las situaciones y de las personas.

Debo aceptar y afirmar lo positivo: “*Lo bueno que la gente dice de mí es verdad*”. Debo tratarme de la misma manera que trato a las personas que quiero: “*Tengo mis faltas, pero también tengo mis buenas cualidades*”.

3. Sacar conclusiones precipitadamente.

No hay que interpretar las cosas o tratar de adivinar el futuro: “*Puedo preguntar sobre el asunto en vez de interpretarlo. Tal vez haya una buena explicación*”.

4. Pensar “*Debería*”.

Hay más de una manera correcta de hacer las cosas: “*Mi modo de hacer las cosas puede que no sea el mejor para los demás, pero es el mío. Tengo derecho a tener mis propias decisiones así como ellos tienen derecho a tener las suyas*”.

5. Etiquetar “*Poner nombres*”.

Somos más que la suma de nuestros errores o imperfecciones: “*Tal vez haga alguna tontería, pero eso no quiere decir que sea tonta*”.

6. Personalizar.

No hay que asumir la culpa por el comportamiento de los demás. Aunque los quiera, no soy responsable de sus decisiones o acciones.

UNIDAD DIDÁCTICA 3 / TRANSPARENCIA T₃

REEMPLAZANDO LOS PENSAMIENTOS INADECUADOS POR PENSAMIENTOS MÁS ADAPTATIVOS

1. PENSAR TODO O NADA

n Mantener todo en perspectiva.

2. FILTRO MENTAL

n Mantener una visión amplia de las situaciones y las personas.

n Aceptar y afirmar lo positivo.

3. SACAR CONCLUSIONES PRECIPITADAMENTE

n No adivinar, preguntar.

4. PENSAR "DEBERÍA"

n Hay más de una manera de hacer las cosas bien. Cada persona tiene derecho a ver y hacer las cosas de forma distinta.

5. ETIQUETAR

n Somos más que la suma de nuestros errores o imperfecciones.

6. PERSONALIZAR

n No hay que asumir la culpa por el comportamiento de los demás.

UNIDAD DIDÁCTICA 3 / BIBLIOGRAFÍA

- Aprender a sentirse mejor. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.
http://www.segg.es/segg/html/cuidadores/cuidador/aprender_sentirse_mejor.htm
- Cómo mantener su bienestar. Una clase para cuidadores.
http://med.stanford.edu/fm/?/oac/&african_main.html&www.med.stanford.edu
- Fernández de Troconiz MI, Montorio Cerrato I, Díaz Veiga P. Guía para cuidadores y familiares. IMSERSO 1997.

UNIDAD DIDÁCTICA 4

EMOCIONES Y SENTIMIENTOS

- n Introducción.
- n Objetivos.
- n Contenidos.
- n Desarrollo metodológico.

- n **Ficha del formador/a FF₁: EMOCIONES Y SENTIMIENTOS.**
 - Ficha de Trabajo FT₁: EMOCIONES Y SENTIMIENTOS.
 - Transparencia T_{1,1}: FUNCIÓN DE LAS EMOCIONES.
 - Transparencia T_{1,2}: PROCESO DE LAS EMOCIONES.

- n **Ficha del formador/a FF₂: EMOCIONES Y SALUD.**
 - Ficha de Trabajo FT₂: EMOCIONES Y SALUD.
 - Transparencia T₂: MANIFESTACIONES FISIOLÓGICAS DE LAS EMOCIONES.

- n **Ficha del formador/a FF₃: LA TRISTEZA Y LA CULPA.**
 - Ficha de Trabajo FT_{3,1}: LA TRISTEZA.
 - Ficha de Trabajo FT_{3,2}: LA CULPA.
 - Transparencia T_{3,1}: CÓMO PROCEDER ANTE LA TRISTEZA.
 - Transparencia T_{3,2}: CÓMO PROCEDER ANTE LA CULPA.

- n **Ficha del formador/a FF₄: RECOMENDACIONES PARA ALIVIAR LA SOBRECARGA EMOCIONAL.**
 - Transparencia T₄: CÓMO ALIVIAR LA SOBRECARGA EMOCIONAL.

- n **Ficha del formador/a FF₅: EJERCICIO DE RELAJACIÓN.**

- n **Ficha del formador/a FF₆: ACTIVIDAD PARA REALIZAR EN DOMICILIO.**

- n Bibliografía.

INTRODUCCIÓN

Cuidar a una persona dependiente lleva asociada la experiencia de múltiples y variados sentimientos y emociones por parte de las personas cuidadoras. Aparecen sentimientos tanto hacia la persona que se cuida como hacia sí misma. Mientras que unas emociones potencian nuestro bienestar y nos resultan placenteras, otras nos resultan desagradables, pudiendo incluso llegar a alterar nuestra salud.

OBJETIVOS

- Identificar y normalizar los sentimientos que aparecen al cuidar.
- Conocer la estrecha vinculación que existe entre emociones, salud y enfermedad.
- Mejorar las habilidades personales para un afrontamiento adaptativo de las emociones.

CONTENIDOS

- Emociones y sentimientos.
- Relación entre emoción, salud y enfermedad.
- Emociones prevalentes al cuidar: la culpa y la tristeza.
- Cómo aliviar la sobrecarga emocional que conlleva el cuidado.

DESARROLLO METODOLÓGICO: Tiempo aproximado 120 minutos

CONTENIDO	TÉCNICA	DESARROLLO METODOLÓGICO	MATERIAL	TIEMPO minutos
1º	Exposición participada.	Se invita a las personas participantes a exponer las ideas claves de la UD anterior y ayudarlas si no las recuerdan.		5
2º	Exposición participada. Trabajo en parejas. Puesta en común.	Se comienza la UD con una breve exposición participada sobre las funciones que tienen las emociones o los sentimientos y recordando la relación entre situación, pensamiento, sentimiento y conducta. Posteriormente, con la Ficha de Trabajo FT ₁ : EMOCIONES Y SENTIMIENTOS, se colocan por parejas para que reconozcan los sentimientos más frecuentes en el proceso de cuidar por parte de la persona cuidada y la cuidadora. Puesta en común.	FF ₁ : EMOCIONES Y SENTIMIENTOS. FT ₁ : EMOCIONES Y SENTIMIENTOS. T _{1,1} : FUNCIÓN DE LAS EMOCIONES. T _{1,2} : PROCESO DE LAS EMOCIONES.	20
3º	Trabajo grupal. Puesta en común.	Se forman grupos de tres o cuatro personas para trabajar la Ficha FT ₂ : EMOCIONES Y SALUD. Se trata de ver la relación que existe entre emociones, salud y enfermedad, al estar relacionadas con los diversos sistemas fisiológicos que forman parte del proceso "salud-enfermedad". Posteriormente, se realiza una puesta en común.	FF ₂ : EMOCIONES Y SALUD. FT ₂ : EMOCIONES Y SALUD. T ₂ : MANIFESTACIONES FISIOLÓGICAS DE LAS EMOCIONES.	20
DESCANSO 10 minutos				
4º	Trabajo en parejas. Puesta en común. Exposición participada.	Dos o tres parejas trabajan la Ficha FT _{3,1} : LA TRISTEZA y otras 2 ó 3, dependiendo del nº de participantes, trabajan el sentimiento de la culpa con la FT _{3,2} : LA CULPA, de manera simultánea. Puesta en común y exposición sobre la forma de proceder ante estas emociones.	FF ₃ : LA TRISTEZA Y LA CULPA. FT _{3,1} : LA TRISTEZA. FT _{3,2} : LA CULPA. T _{3,1} : CÓMO PROCEDER ANTE LA TRISTEZA. T _{3,2} : CÓMO PROCEDER ANTE LA CULPA.	25
5º	Exposición compartida.	Exposición participada sobre las medidas que contribuyen a disminuir la sobrecarga emocional.	FF ₄ : RECOMENDACIONES PARA ALIVIAR LA SOBRECARGA EMOCIONAL. T ₄ : CÓMO ALIVIAR LA SOBRECARGA EMOCIONAL	15
6º	Exposición participada.	Exposición de las ideas clave de la UD.		10
7º	Ejercicio de relajación.	Para finalizar la Unidad Didáctica se practicará la respiración profunda. En su lugar, se puede realizar un ejercicio de relajación rápida, o si se dispone de más tiempo la relajación de Jacobson, ejercicios de automasaje o de visualización.	FF ₅ : EJERCICIO DE RELAJACIÓN.	15

UNIDAD DIDÁCTICA 4 / FICHA DEL FORMADOR /A FF₁

EMOCIONES Y SENTIMIENTO

Comenzaremos la UD con una breve exposición participada, preguntando qué funciones creen que tienen las emociones o los sentimientos y recordaremos la relación entre situación, pensamiento, sentimiento y conducta.

Posteriormente con la **Ficha de Trabajo FT₁: EMOCIONES Y SENTIMIENTOS** se colocan por parejas para que reconozcan los sentimientos más frecuentes en el proceso de cuidar por parte de la persona cuidada y la cuidadora.

Realizada la puesta en común, se hace hincapié en que los sentimientos que se experimentan son reacciones lógicas que se corresponden con una situación que a veces es dura y difícil, como es cuidar. Reconocer nuestros sentimientos, llamarles por su nombre, significa que sabemos lo que nos sucede y podemos ejercer cierto manejo y control sobre ellos.

Recordamos la diferencia que existe entre realidad (situación o problema), la interpretación que hacemos de ella y la emoción que sentimos. Nadie nos genera nuestras propias emociones.

Material de apoyo:

- **Transparencia T_{1.1}: FUNCIÓN DE LAS EMOCIONES.**
- **Transparencia T_{1.2}: PROCESO DE LAS EMOCIONES.**

Las emociones y sentimientos

Las emociones y los sentimientos son reacciones naturales, universales y que tienen un elevado poder adaptativo. Unas son agradables y otras desagradables, todas forman parte de la comunicación entre las personas.

Tienen una doble función:

- n Señalan qué hechos son importantes para el bienestar y la vida.
- n Orientan nuestra conducta.

A veces pasan a ser una fuente de intenso malestar, desorganizando la capacidad para la acción. Esta disfuncionalidad ocurre cuando las emociones son muy intensas, frecuentes, o duran mucho tiempo, pudiendo provocar alteraciones en la salud.

UNIDAD DIDÁCTICA 4 / FICHA DE TRABAJO FT₁

EMOCIONES Y SENTIMIENTOS

Reconociendo nuestras emociones. Señalen las reacciones emocionales que en su opinión aparecen con más frecuencia en el proceso de cuidar y su intensidad de 1 (poco) a 3 (mucho), tanto en la persona que cuida como en la cuidada.

Persona cuidadora		Persona cuidada	
Emoción	Intensidad	Emoción	Intensidad
Satisfacción		Satisfacción	
Culpa.....		Culpa.....	
Enfado		Enfado	
Alegría.....		Alegría.....	
Preocupación		Preocupación	
Tristeza		Tristeza	
Ternura		Ternura	
Soledad		Soledad	
Vergüenza.....		Vergüenza.....	
Amor		Amor	
Resignación.....		Resignación.....	
Aburrimiento		Aburrimiento	
Enriquecimiento personal		Enriquecimiento personal	
Impotencia		Impotencia	
Abatimiento.....		Abatimiento.....	
Solidaridad		Solidaridad	
Miedo		Miedo	
Asco		Asco	

Comenten qué o quién es responsable de sus emociones.

.....

.....

.....

UNIDAD DIDÁCTICA 4 / TRANSPARENCIA T_{1,2}

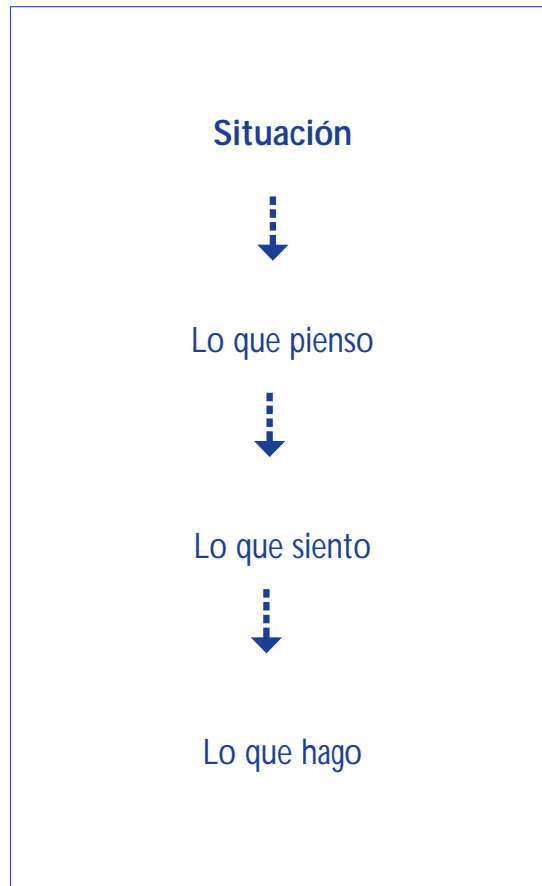
FUNCIÓN DE LAS EMOCIONES

n Indican lo que es importante en nuestra vida.

n Orientan nuestra conducta.

UNIDAD DIDÁCTICA 4 / TRANSPARENCIA T_{1,2}

PROCESO DE LAS EMOCIONES



UNIDAD DIDÁCTICA 4 / FICHA DEL FORMADOR/A FF₂

EMOCIONES Y SALUD

Se forman grupos de tres o cuatro personas para analizar las preguntas de la **Ficha de Trabajo FT₂: EMOCIONES Y SALUD**. Se trata de ver la relación que existe entre emociones, salud y enfermedad, al estar relacionadas con los diversos sistemas fisiológicos que forman parte del proceso “salud-enfermedad”.

Posteriormente se realiza una puesta en común.

Material de apoyo:

- **Transparencia T₂: MANIFESTACIONES FISIOLÓGICAS DE LAS EMOCIONES.**

Emociones y salud

Las emociones juegan un papel importante en el bienestar y malestar de las personas. Surgen como reacción a nuestros pensamientos, recuerdos, deseos y estímulos del entorno.

De su negación, represión, intensidad y expresividad va a depender un gran número de enfermedades. Emociones como la alegría, el amor y la felicidad potencian la salud; en cambio, otras como la pena, el remordimiento y la ira tienden a disminuirla. En periodos de estrés, desarrollamos muchas reacciones emocionales malsanas y es más probable desarrollar ciertas enfermedades relacionadas con el sistema inmunitario y/o adquirir determinados hábitos poco saludables.

Cuando las emociones malsanas se cronifican, mantienen altos niveles de activación fisiológica que desencadenan una disfunción orgánica. A su vez, la disfunción orgánica puede provocar más emociones negativas, que implicarán niveles más altos de activación fisiológica.

Manifestaciones fisiológicas de las emociones:

- n Temblor.
- n Enrojecimiento facial.
- n Sudoración.
- n Palpitaciones.
- n Respiración agitada, entrecortada.
- n Dilatación pupilar.
- n Aumento del ritmo cardíaco.

UNIDAD DIDÁCTICA 4 / FICHA DE TRABAJO FT₂

EMOCIONES Y SALUD

1. Qué emociones creen que favorecen su salud y cuáles no.

.....

.....

.....

.....

2. Cuando me encuentro:

Triste, noto en mi cuerpo

Alegre, noto en mi cuerpo

Enfadada/o, noto en mi cuerpo

Con miedo, noto en mi cuerpo

UNIDAD DIDÁCTICA 4 / TRANSPARENCIA T₂

MANIFESTACIONES FISIOLÓGICAS DE LAS EMOCIONES

n Temblor.

n Enrojecimiento facial.

n Sudoración.

n Palpitaciones.

n Respiración agitada, entrecortada.

n Dilatación pupilar.

n Aumento del ritmo cardiaco.

UNIDAD DIDÁCTICA 4 / FICHA DEL FORMADOR FF₃

LA TRISTEZA Y LA CULPA

Ambas son emociones que se presentan frecuentemente en las personas cuidadoras y que pueden llegar a tener en determinadas circunstancias un gran poder inmovilizador para el cambio, y ser una fuente importante de malestar.

Se propone que 2 ó 3 parejas trabajen la **Ficha de Trabajo FT_{3,1}: LA TRISTEZA**, y otras 2 ó 3, dependiendo del nº de participantes, trabajen el sentimiento de la culpa con la **FT_{3,2}: LA CULPA**, de manera simultánea.

Puesta en común y exposición sobre la forma de proceder ante estas emociones.

Material de apoyo:

- **Transparencia T_{3,1}: CÓMO PROCEDER ANTE LA TRISTEZA.**
- **Transparencia T_{3,2}: CÓMO PROCEDER ANTE LA CULPA.**

La tristeza

Se expone una definición de tristeza: reacción ante el fracaso, la pérdida o la separación, y se comienza a trabajar por parejas la **Ficha de Trabajo FT_{3,1}: LA TRISTEZA**.

Puesta en común con las siguientes claves:

- Nos proporciona una información válida. Es necesario reconocerla dedicarla tiempo, expresarla y tratar de descubrir qué mensaje encierra.
- Desenmascarar otras posibles emociones que pueden permanecer ocultas bajo la apariencia de tristeza por rechazo, desconocimiento, crítica social...
- Cómo proceder ante la tristeza, **Transparencia T_{3,1}: CÓMO PROCEDER ANTE LA TRISTEZA**.

La culpa

Se expone lo que entendemos por culpa: juicio moral hacia pensamientos y/o comportamientos que no están de acuerdo con nuestro código moral, y se comienza a trabajar por parejas la **Ficha de Trabajo FT_{3,2}: LA CULPA**.

Puesta en común con las siguientes claves:

- Situar en un plano las creencias, deberes, normas y en otro, la realidad.
- Discriminar entre valores sanos e insanos. Los primeros nos hacen responsables; los segundos nos generan intenso malestar y minan nuestra autoestima.
- Las normas han de ser flexibles, aceptadas, no impuestas, sanadoras y que fomenten la vida en lugar de limitarla.
- Revisar las normas y en lugar de "debería", utilizar "me gustaría", "preferiría". **Transparencia T_{3,2}: CÓMO PROCEDER ANTE LA CULPA**.

UNIDAD DIDÁCTICA 4 / FICHA DE TRABAJO FT_{3.1}

LA TRISTEZA

Piensen en tres o cuatro situaciones que les entristecen:

1. Situaciones que les entristecen.

.....

.....

.....

.....

2. Elijan una de ellas y contesten las siguientes cuestiones.

Cuando nos encontramos en esa situación pensamos que.....

.....

En esa situación lo que hacemos es.....

.....

Después nos encontramos

.....

UNIDAD DIDÁCTICA 4 / FICHA DE TRABAJO FT_{3.2}

LA CULPA

Por parejas, escribid 10 cualidades que debe reunir una buena persona cuidadora:

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

Si en vuestra vida cotidiana no podéis alcanzar esos ideales,

¿Cómo os sentís?

.....
.....

¿Qué podemos hacer para mitigar la culpa malsana?

.....
.....

UNIDAD DIDÁCTICA 4 / TRANSPARENCIA T_{3.1}

CÓMO PROCEDER ANTE LA TRISTEZA

n Identificar cuándo me siento triste.

n Responder:

® Evitándolas.

® Cambiándolas.

® Aceptándolas.

n Ser tolerante con una/o misma/o.

n Realizar actividades gratificantes.

UNIDAD DIDÁCTICA 4 / TRANSPARENCIA T_{3.2}

CÓMO PROCEDER ANTE LA CULPA

1. Identificar cuándo y por qué me siento culpable.
2. Normalizar, cuando proceda, este sentimiento.
3. Expresarlo con personas de confianza.
4. Distinguir los ideales de la realidad.
5. Sustituir "los deberías" por "me gustaría", "desearía...".
6. Marcarse metas realistas y alcanzables.
7. Aceptar que cuidarse es necesario y no una actitud egoísta.

UNIDAD DIDÁCTICA 4 / FICHA DEL FORMADOR /A FF₄

RECOMENDACIONES PARA ALIVIAR LA SOBRECARGA EMOCIONAL

Exposición participada. Preguntaremos al grupo por aquellas medidas que en su opinión contribuyen a disminuir la sobrecarga emocional.

Material de apoyo:

- **Transparencia T₄**: CÓMO ALIVIAR LA SOBRECARGA EMOCIONAL.

Cómo aliviar la sobrecarga emocional

- n Reconocer, aceptar y expresar los sentimientos con personas de confianza, sin dañar a otras personas ni a nosotras/os mismas/os.
- n Practicar la relajación.
- n Marcarnos metas realistas y alcanzables.
- n Darse tiempo y ser tolerantes.
- n Poner distancia física y mental con la situación que nos permita descansar.
- n Realizar actividades que nos resulten agradables.
- n Procurar que el cuidado que prestamos a nuestro familiar se parezca al cuidado que prestan los y las profesionales (horarios, desconexión, trabajo repartido entre varias personas, preparación técnica, etc.).

UNIDAD DIDÁCTICA 4 / TRANSPARENCIA T₄

CÓMO ALIVIAR LA SOBRECARGA EMOCIONAL

- n Reconocer, aceptar y expresar los sentimientos.

- n Fijarse metas realistas y alcanzables.

- n Darse tiempo y ser tolerantes.

- n Poner distancia con la situación.

- n Practicar la relajación.

- n Realizar actividades agradables.

- n Tomar como modelo los cuidados profesionales.

UNIDAD DIDÁCTICA 4 / FICHA DEL FORMADOR /A FF₅

EJERCICIO DE RELAJACIÓN

Para finalizar la Unidad Didáctica se practicará la respiración profunda. En su lugar, se puede realizar un ejercicio de relajación rápida o, si se dispone de más tiempo, la relajación de Jacobson, ejercicios de automasaje o de visualización.

Pasos para la respiración profunda

La persona deberá estar sentada o recostada

- Coloque una mano en el estómago, justamente encima del ombligo, y la otra mano sobre el pecho.
- Inhale lentamente y trate de hacer que su estómago se eleve.
- Exhale lentamente y deje que su estómago baje.

Ejercicio de relajación rápida

Se puede realizar en cualquier lugar o situación.

La postura puede ser sentado/a o acostado/a.

Es un ejercicio para conseguir una relajación rápida cuando se dispone de poco tiempo.

Se trata de tensar todos los grupos de músculos a la vez, durante 5 segundos:

- Cerrar los puños.
- Doblar los brazos por los codos intentando tocarse los hombros con los puños.
- Encoger los hombros.
- Apretar la cabeza (contra el sillón, si se tiene) hacia atrás y tensar la nuca.
- Cerrar los ojos y apretarlos con fuerza.
- Apretar los dientes y los labios.
- Extender las piernas y elevar los talones del suelo para tensar los músculos del estómago.
- Coger aire profundamente.

Después, dejarse caer en la silla, permitiendo que todo el cuerpo se relaje lo más posible. Permanecer así, concentrándose en una imagen mental relajante y respirando tranquilamente. La imagen mental puede referirse a lugares o situaciones muy relajantes como: sentarse frente a la chimenea, tumbarse en verano a la orilla de un río, o en la playa, visualizar un bello paisaje, o la sonrisa de un niño/a, una puesta de sol...

Si no se puede pensar en una imagen relajante, concentrarse en algo divertido.

Si no es posible mantener la atención mucho tiempo en una imagen, pensar una detrás de otra.

UNIDAD DIDÁCTICA 4 / FICHA DEL FORMADOR/A FF₆

ACTIVIDAD PARA REALIZAR EN EL DOMICILIO

Se les hace entrega de la **Ficha de Trabajo de la UD1; FT₅**: DOS HISTORIAS DISTINTAS ANTE UNA NECESIDAD DE CUIDADOS. Se pretende que la persona cuidadora y su familiar lean, si es posible, el caso trabajado en la primera UD y exploren los sentimientos que creen estar presentes en Juan y Pilar.

UNIDAD DIDÁCTICA 4 / BIBLIOGRAFÍA

- n Marina J.A. El laberinto sentimental Anagrama. 1996.
- n Transiciones y etapas vulnerables. Educar en salud III. Gobierno de Navarra.
<http://www.cfnavarra.es/isp/promocion/textos/EtapasyCrisisProf.html>
- n Izal Fernández de Trocóniz M^a I, Montorio Cerrato I, Díaz Veiga P. Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Guía para cuidadores y familiares. Vol 1. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2004.
- n Las emociones. www.psicoactiva.com/emocion.htm
- n Cano Vindel A., Miguel Tobal J. J. Emociones y salud. Rev. Ansiedad y Estrés 7 (2-3), 111-121. 2001.
- n Jacobson, E. (1938). Progressive relaxation. Chicago: The University of Chicago Press. (Trabajo original publicado 1929).
- n El estrés. Instituto de Salud Pública. Gobierno de Navarra. <http://www.cfnavarra.es/isp/promocion/textos/Estres.html>

UNIDAD DIDÁCTICA 5

LA COMUNICACIÓN INTERPERSONAL

- n Introducción.
- n Objetivos.
- n Contenidos.
- n Desarrollo metodológico.

- n **Ficha del formador/a FF₁: COMUNICARSE CON OTRAS PERSONAS.**

- n **Ficha del formador/a FF₂: HABILIDADES PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN: MENSAJES YO.**
 - **Ficha de Trabajo FT₂: MENSAJE YO.**
 - **Transparencia T₂: PARTES DEL MENSAJE YO.**

- n **Ficha del formador/a FF₃: APLICANDO LA COMUNICACIÓN A SITUACIONES CONCRETAS: DECIR NO.**
 - **Transparencia T₃: CÓMO DECIR NO.**

- n **Ficha del formador/a FF₄: APLICANDO LA COMUNICACIÓN A SITUACIONES CONCRETAS: PEDIR AYUDA.**
 - **Transparencia T₄: CÓMO PEDIR AYUDA.**
 - **Ficha de Trabajo FT₄: PEDIR AYUDA.**

- n Bibliografía.

INTRODUCCIÓN

La comunicación es algo consustancial al ser humano. Consciente e inconscientemente emitimos mensajes verbales y no verbales a otras personas. Existe gran variedad de formas de comunicación: oral o verbal, escrita, por medio de sonidos, de imágenes visuales, de nuestros gestos...

En esta UD veremos cómo influye la comunicación en las relaciones que mantenemos con otras personas, y cómo podemos mejorar nuestras habilidades para que sea más eficaz.

OBJETIVOS

- Reflexionar sobre la importancia de la comunicación en las relaciones interpersonales.
- Identificar formas de expresión de la comunicación no verbal.
- Conocer los diferentes estilos de comunicación: pasiva, agresiva, asertiva.
- Mejorar las habilidades en el proceso de comunicación interpersonal.
- Aplicar la comunicación asertiva a situaciones concretas.
- Poner límites al cuidado. Saber decir NO.
- Pedir ayuda.

CONTENIDOS

- Conceptos sobre la comunicación.
- Tipos de comunicación: verbal y no verbal.
- Factores que facilitan y dificultan la comunicación.
- Estilos de comunicación: agresiva, pasiva, asertiva.
- Habilidades para mejorar la comunicación.
- Cómo poner límites al cuidado. Saber decir NO.
- Pedir ayuda de forma eficaz.

DESARROLLO METODOLÓGICO: Tiempo aproximado 120 minutos

CONTENIDO	TÉCNICA	DESARROLLO METODOLÓGICO	MATERIAL	TIEMPO minutos
1ª	Exposición participada.	Se invita a las personas participantes a exponer las ideas claves de la UD anterior y ayudarlas si no las recuerdan.		5
2º	Exposición participada. Role playing.	Preguntamos al grupo sobre qué entienden por comunicación y su repercusión en las relaciones interpersonales, los factores que a su parecer la facilitan y los que la obstaculizan. Completamos con una breve información sobre los tipos de comunicación. Posteriormente, para observar la comunicación verbal y no verbal se realizará un Role-playing.	FF ₁ : COMUNICARSE CON OTRAS PERSONAS.	20
3º	Exposición y trabajo grupal.	Se comienza con una exposición teórica sobre los “mensajes yo”. Posteriormente, en grupos de tres o cuatro personas, realizan la Ficha FT₂: MENSAJES YO . En esta ficha se presentan tres situaciones con posibles “mensajes tú” para ser escritos en forma de “mensajes yo”.	FF ₂ : HABILIDADES PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN: MENSAJES YO. FT ₂ : MENSAJE YO. T ₂ : PARTES DEL MENSAJE YO.	25
4º	Exposición. Role-playing	Exposición sobre las ventajas de poner límites al cuidado y cómo “decir NO”, sin sentir incomodidad ni ofender a otras personas. Para trabajar esta habilidad se propone realizar un Role playing.	FF ₃ : APLICANDO LA COMUNICACIÓN A SITUACIONES CONCRETAS: DECIR NO. T ₃ : CÓMO DECIR NO.	25
DESCANSO 10 minutos				
5º	Exposición Role-playing y trabajo grupal.	Exposición sobre qué se entiende por pedir ayuda y cómo proceder para que la petición sea eficaz. A continuación, algunas personas del grupo, siguiendo las instrucciones de la Ficha FT₄: PEDIR AYUDA , representarán los diferentes estilos de comunicación. Posteriormente en grupo y de manera participativa se responde a las preguntas de la FT ₄ .	FF ₄ : APLICANDO LA COMUNICACIÓN A SITUACIONES CONCRETAS: PEDIR AYUDA. T ₄ : CÓMO PEDIR AYUDA. FT ₄ : PEDIR AYUDA.	25
6º	Exposición participada.	A lo largo de la UD, la persona formadora irá recogiendo las ideas clave; con ellas se finalizará la UD.		10

UNIDAD DIDÁCTICA 5 / FICHA DEL FORMADOR/A FF₁

COMUNICARSE CON OTRAS PERSONAS

Exposición teórica participada. Preguntamos al grupo sobre qué entienden por comunicación y su repercusión en las relaciones interpersonales, los factores que a su parecer la facilitan y los que la obstaculizan. Recogemos lo que dicen en una pizarra o rotafolios. Completamos con una breve información sobre los tipos de comunicación, estilos, gestos, señales o comportamientos que reflejan nuestros pensamientos y estados de ánimo sin palabras (comunicación no verbal).

Posteriormente, para observar la comunicación verbal y no verbal, se realizará un Role-playing.

Role playing:

Dos personas se sientan frente a frente y conversan durante 8 minutos sobre un tema previamente establecido. Se les sugiere que hablen sobre lo que les parecen estas Unidades Didácticas, si comentan lo que aquí hacen con otras personas, si acuden a otro tipo de grupos, de cómo se organizan para poder acudir, de lo que han hecho antes de venir...

Al resto de participantes hay que indicarles que observen las expresiones verbales y no verbales: mirada, expresión de la cara, postura corporal, gestos de la mano, tono de voz, volumen, fluidez, velocidad.

Cuando hayan finalizado, se hace una puesta en común y se comenta lo observado.

La comunicación

La comunicación es un proceso interpersonal de expresión, por medio de signos verbales y no verbales, con la intención de influirse. Es toda información (sentimientos, pensamientos, ideas) que damos o recibimos en nuestro entorno, independientemente del medio utilizado.

Componentes

- n Mensaje.
- n Emisor.
- n Receptor.
- n Código.
- n Canal.

Factores que facilitan la comunicación:

- Lugar y momento adecuados pactados con la otra persona.
- Disponer de tiempo.
- Congruencia entre lo que se quiere decir y cómo decirlo.
- Escucha activa y empática.
- Utilizar mensajes claros, precisos, consistentes y útiles.
- Aceptar las consideraciones de la otras personas e incorporarlas en nuestro discurso.
- Expresar sentimientos, deseos, opiniones en forma de “mensajes yo”.

Factores que dificultan la comunicación:

- Lugar y momento inadecuados.
- No disponer de tiempo.
- Acusar, amenazar, exigir.
- Utilizar la ironía, el sarcasmo cuando no procede.
- Etiquetar.
- Generalizar.
- Ignorar los mensajes de la otra persona.
- Utilizar un lenguaje no adaptado.

Tipos de comunicación

- Verbal.
- No verbal.

Aunque no nos demos cuenta, toda situación entre personas supone comunicación. Algunas de las expresiones de la comunicación no verbal son: la mirada, la expresión de la cara, la postura del cuerpo, los gestos de las manos, la apariencia personal, el volumen y tono de voz....

Estilos de comunicación

- Pasivo.
- Agresivo.
- Asertivo.

UNIDAD DIDÁCTICA 5 / FICHA DEL FORMADOR/A FF₂

HABILIDADES PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN: MENSAJES YO

Se comienza con una exposición teórica sobre los “mensajes yo”.

Material de apoyo:

- **Transparencia T₂:** PARTES DEL MENSAJE YO.

Después, en grupos de tres o cuatro personas, realizan la **Ficha de Trabajo FT₂: MENSAJES YO**. En esta ficha se presentan tres situaciones con posibles “mensajes tú”. Estos “mensajes tú” pueden ser escritos en forma de “mensajes yo”. A continuación se presenta un ejemplo de “mensajes yo” en las situaciones propuestas en la FT₂:

Situación 1. Os comunico que he empezado a hacer régimen. Si os veo comer delante de mí, me va a costar más, así que ahora prefiero comer sola.

Situación 2. Te veo muy callada estos días. ¿Es por algo que tenga que ver conmigo? Me gustaría que me lo dijeras.

Situación 3. Habíamos quedado en que vendrías hoy. Me molesta mucho no poder hacer los planes que tengo previstos. ¿Qué alternativa propones?

Mensajes yo

Se entiende por “mensajes yo” dar mensajes en primera persona. “Pienso que..”, “me gustaría que...”, “me siento...” Se trata de hablar desde cada cual, sin imputar o atribuir a la otra persona tus pensamientos, sentimientos, opiniones o decisiones. Los “mensajes yo” no evalúan o reprochan la conducta de los demás, generan por tanto menos resistencias y obstáculos a la comunicación.

Los “mensajes tú” suelen atribuir a los demás la causa de tus comportamientos u opiniones. Se suelen expresar ordenando, mandando, advirtiendo, regañando, moralizando, aconsejando, criticando, ridiculizando.

El “mensaje yo” tiene cuatro partes:

- 1ª Describe brevemente la situación o comportamiento que te gusta, molesta, o causa problema.
- 2ª Describe las consecuencias que dicho comportamiento tiene en ti.
- 3ª Manifiesta los sentimientos que ese comportamiento te causa.
- 4ª Expresa lo que quieres de la otra persona.

Ejemplo: “Habíamos quedado a las 5 y son las 5,30 horas. He perdido la vez en la consulta del dentista. Me siento molesta. Me gustaría que si te retrasas, me llames por teléfono para avisarme”.

UNIDAD DIDÁCTICA 5 / FICHA DE TRABAJO FT₂

MENSAJES -YO

Lean las situaciones y los "mensaje tú". Tienen que cambiar estos "mensajes tú" y escribirlos en forma de "mensajes yo".

1. Situación

Te has puesto a régimen. Los demás miembros de tu familia no.

Mensaje tú

¡Parece que lo hacéis a propósito! Sabéis que quiero adelgazar y no hacéis otra cosa que comer delante de mí para darme envidia.

Mensaje yo

.....
.....

2. Situación

La persona a quien cuidas lleva unos días malhumorada, habla poco y no sabes qué le pasa.

Mensaje tú

¡Vaya focio!, ¡Estás que no hay quien te aguante; alegre esa cara, que otros están peor!

Mensaje yo

.....
.....

3. Situación

Tu hermano iba a venir a cuidar a tu padre porque tienes vez en la peluquería. Llama para decirte que hoy no puede.

Mensaje tú

Siempre haces lo mismo. Eres un cara dura. No piensas nada más que en ti.

Mensaje yo

.....
.....

UNIDAD DIDÁCTICA 5 / TRANSPARENCIA T₂

PARTES DEL MENSAJE YO

n Describe la situación o comportamiento.

n Consecuencias que tiene para mí.

n Sentimientos que me causa.

n Expresión de lo que se desea.

UNIDAD DIDÁCTICA 5 / FICHA DEL FORMADOR/A FF₃

APLICANDO LA COMUNICACIÓN A SITUACIONES CONCRETAS: DECIR NO

1.- Decir No

Exposición teórica sobre las ventajas de poner límites al cuidado y cómo “decir No”, sin sentir incomodidad ni ofender a otras personas.

Material de apoyo:

- **Transparencia T₃**: CÓMO DECIR NO.

Para trabajar esta habilidad se propone el siguiente un *Role-playing*:

Role-playing. Cada persona pensará en un favor o un cambio de comportamiento que solicitará a una persona del grupo (ir a buscar al nieto al colegio, regar las plantas durante unas vacaciones, dar de comer al perro, dejar de fumar).

La persona que recibe la solicitud responderá No siguiendo los pasos antes recomendados. Posteriormente se comenta la experiencia: cómo se han sentido, si les ha resultado fácil o no, si existía concordancia entre el lenguaje verbal y no verbal, si han dado alguna otra respuesta que no fuera No.

Decir No

Algunas personas tienen dificultades para decir “No”. Esto puede llevar a que accedan a demandas y peticiones de otras personas, o bien ofrezcan excusas variadas cuando en realidad lo que desean es no hacer aquello que le piden. Por el contrario, hay personas que rechazan una petición pero de una manera hostil y agresiva.

En la situación de cuidar frecuentemente se producen demandas de la persona cuidada o de los familiares ante las cuales es importante saber “decir No”, si es lo que se desea.

Cómo decir No

1. Decir No. Dar alguna razón, pero no excusarse.
2. Asumir la responsabilidad de decir No.
3. Repetir el No ante la insistencia de los demás, de manera amable y cortés (disco rayado).
4. Si dudamos qué responder, solicitaremos más información y tiempo para pensar.

UNIDAD DIDÁCTICA 5 / TRANSPARENCIA T₃

CÓMO DECIR NO

- n Decir No. Dar alguna razón, pero no excusarse.

- n Asumir la responsabilidad de decir No.

- n Repetir el No ante la insistencia de los otros.

- n Si dudamos de qué responder, solicitaremos más información y tiempo para pensar.

UNIDAD DIDÁCTICA 5 / FICHA DEL FORMADOR/A FF₄

APLICANDO LA COMUNICACIÓN A SITUACIONES CONCRETAS: PEDIR AYUDA

Pedir ayuda

Exposición teórica de lo que se entiende por pedir ayuda y cómo proceder para que la petición sea eficaz.

Material de apoyo:

- **Transparencia T₄: CÓMO PEDIR AYUDA.**

A continuación, algunas personas del grupo, siguiendo las instrucciones de la **Ficha de Trabajo FT₄: PEDIR AYUDA**, representarán los diferentes estilos de comunicación. Posteriormente, en grupo y de manera participativa, se responde a las preguntas de la FT₄.

Pedir ayuda

Cuando se cuida a otra persona es necesario en muchas ocasiones pedir ayuda a los demás para poder atender otras necesidades familiares o propias (por ejemplo, tener tiempo para descansar). Algunas personas evitan hacer peticiones a los demás y cuando lo hacen parecen disculparse o esperan ser rechazadas. Por el contrario, hay personas que pueden comportarse de modo exigente, coercitivo y hostil al hacer una petición.

Hacer peticiones incluye pedir favores, pedir ayuda y pedir a otra persona que cambie su comportamiento.

Cómo pedir ayuda

- n Decir clara y directamente qué ayuda se necesita. No esperar que los demás descubran o adivinen cuáles son sus necesidades.
- n No facilitar el rechazo.
- n No hay que exigir.
- n Si la respuesta es afirmativa, expresar agradecimiento.
- n Si la respuesta es negativa, no insistir. Hay que reconocer el derecho de la otra persona a rechazar la petición.
- n Tratar de encontrar alternativas.

UNIDAD DIDÁCTICA 5 / FICHA DE TRABAJO FT₄

PEDIR AYUDA

Role-playing. La persona formadora explica a tres participantes la situación. Se trata de una hija, que cuida actualmente en exclusiva a su madre de 87 años, enferma de Parkinson. Tiene otra hermana y otro hermano y se reúne con ellos para pedirles que compartan los cuidados que precisa su madre. Se trata de que quien hace de cuidadora principal, simule los tres estilos de conducta: pasivo, agresivo y asertivo, adoptando los comportamientos, pensamientos y sentimientos que caracterizan a cada uno. Su hermano y hermana se inhibirán en el primer caso, responderán con un conflicto en el segundo y se implicarán en el tercero.

Recomendaciones:

1º Estilo pasivo: la cuidadora habla en voz baja, tartamudea, se bloquea, se calla, utiliza muletillas (no sé..., bueno...), no mira a los ojos, manos nerviosas, postura incómoda, insegura, se queja de que nadie la comprende, que no la tienen en cuenta, que no la valoran a pesar de lo que ella “se sacrifica por todos”, se siente culpable por no hacer las cosas mejor...

- n Cuidadora: “Bueno, perdonad que os haya llamado, ya sé que estáis muy ocupados, que tenéis mucho trabajo..., pero es que... ya sabéis que nuestra madre está enferma y aunque no da nada que hacer, bueno... he pensado que tal vez podías echarme una mano para cuidarla. Ya sé que soy la que siempre ha vivido con ella y que me toca atenderla, pero a veces me encuentro un poco cansada...”.
- n Hermano: “Yo la veo bastante bien y como dices no da tanto trabajo. Tiene achaques, como todos a su edad. Siempre fue muy limpia y yo tengo una temporada que no doy abasto, casi no paro ni a comer...”.
- n Hermana: “Tú siempre te preocupaste mucho por ella, seguro que no es para tanto. Te cansas porque estás todo el día limpiando. Vete al médico a que te haga unos análisis, verás como no tienes nada”.

2º Estilo agresivo: la cuidadora habla alto, rápido, tajante, sin interrupciones, utiliza insultos, amenazas, cara tensa, manos cerradas, puñetazos en la mesa, postura que invade el espacio del otro. Piensa que lo que importa es lo suyo, y que de esta situación va a salir ganando. Siente falta de control, enfado, rabia.

- n Cuidadora: “Estoy harta, ya no puedo más. Antes me ayudabais en el cuidado de nuestra madre, pero lleváis una temporada que no aparecéis nunca por aquí. Sólo de visita y además para decirme qué es lo que tengo que hacer. No os importa nada más que la herencia. Tenéis tiempo para todo, menos para venir a quedaros un rato con ella. No, no me cortes, que no he terminado. Por vuestra culpa estoy cansada, no duermo y no puedo salir nunca con mi marido...”.
- n Hermano: “estás muy guapa callada; cuando los chicos eran pequeños bien que te ayudó, entonces no te quejabas. Y eso de la herencia... cree el ladrón que son todos de su condición. Te puedes quedar con todo y...”.
- n Hermana: “Esto ya lo sabía yo que iba a pasar; hace dos años quise llevarla a mi casa y tú no quisiste, así que ahora te aguantas...”.

3º Estilo asertivo: la cuidadora habla segura, sin bloqueos, mira a los ojos, se encuentra relajada. Habla de lo que desea, sin defenderse ni agredir. No se siente ni superior ni inferior, es respetuosa con los demás.

- n Cuidadora: “Estoy hecha polvo, me encuentro cansada y sin ganas de nada. El cuidado de nuestra ma-

dre me está desbordando y necesito de vuestra colaboración. Quiero disponer de tiempo para estar con mi marido y mis hijos. Me gustaría empezar el próximo mes un curso de natación. Tenemos que ver la forma de que yo pueda tener todos los días 2 horas libres”.

- n Hermano: “Te agradezco lo que haces por nuestra madre. Estoy de acuerdo en que todos tenemos que colaborar. Yo viajo mucho y no me puedo comprometer a estar con ella, pero si os parece puedo contratar a una persona para que venga todos los días 3 horas y así tú puedes ir a la piscina y pasar más tiempo con tu familia”.
- n Hermana: “Yo puedo llevarla dos fines de semana al mes a mi casa. Probamos durante tres meses y luego vemos si esta nueva situación nos satisface a toda la familia”.

Con relación a las representaciones:

1. ¿En qué caso la cuidadora ha conseguido lo que pedía?

.....

.....

2. ¿En cuál ha tenido lugar una discusión?

.....

.....

3. ¿En qué situación no pide lo que quiere?

.....

.....

UNIDAD DIDÁCTICA 5 / TRANSPARENCIA T₄

CÓMO PEDIR AYUDA

- n Decir clara y directamente qué ayuda se necesita.

- n No facilitar el rechazo.

- n No hay que exigir. El otro puede rechazar la petición.

- n Si la respuesta es afirmativa, expresar agradecimiento.

- n Si la respuesta es negativa, no insistir.

- n Tratar de encontrar alternativas.

UNIDAD DIDÁCTICA 5 / BIBLIOGRAFÍA

- Castanyer O. La asertividad, expresión de una sana autoestima. Ed. Desclée de Brouwer. 2005.
- Echaury Ozcoidi M., Pérez Jarauta Mª J. Transiciones y etapas vulnerables. Educar en salud III. Gobierno de Navarra. <http://www.cfnavarra.es/isp/promocion/textos/EtapasyCrisisProf.html>
- Bimbela Pedrosa J. L. Cuidando al cuidador. Escuela Andaluza de Salud Pública. 2001.
- Izal Fernández de Trocóniz Mª I, Montorio Cerrato I, Díaz Veiga P. Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Guía para cuidadores y familiares. Vol 1. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2004.

UNIDAD DIDÁCTICA 6

FINAL DE LA VIDA Y PÉRDIDAS

- n Introducción.
- n Objetivos.
- n Contenidos.
- n Desarrollo metodológico.

- n **Ficha del formador/a FF₁: LA MUERTE EN LA SOCIEDAD ACTUAL.**
 - Ficha de Trabajo FT₁: LA MUERTE EN LA SOCIEDAD ACTUAL.
 - Transparencia T₁: REFLEXIONES SOBRE LA MUERTE.

- n **Ficha del formador/a FF₂: IDENTIFICAR LA TERMINALIDAD.**
 - Ficha de Trabajo FT₂: IDENTIFICAR LA TERMINALIDAD.
 - Transparencia T₂: ENFERMEDAD TERMINAL.

- n **Ficha del formador/a FF₃: EL DOLOR Y LOS MITOS DE LA MORFINA.**
 - Ficha de Trabajo FT₃: SOBRE LA MORFINA.
 - Transparencia T₃: MITOS DE LA MORFINA.

- n **Ficha del formador/a FF₄: MIEDOS DE LA PERSONA CUIDADORA Y DE LA PERSONA ENFERMA.**
 - Ficha de Trabajo FT₄: MIEDOS.
 - Transparencia T_{4,1}: MIEDOS DE LA PERSONA CUIDADORA.
 - Transparencia T_{4,2}: MIEDOS DE LA PERSONA ENFERMA.

- n **Ficha del formador/a FF₅: EL DUELO.**
 - Ficha de Trabajo FT₅: EL DUELO.
 - Transparencia T_{5,1}: FASES DEL DUELO.
 - Transparencia T_{5,2}: TIPOS DE DUELO.
 - Transparencia T_{5,3}: AFRONTAMIENTO DEL DUELO.
 - Transparencia T_{5,4}: DUELO SUPERADO.

- n Bibliografía.

OBJETIVOS

- Entender la muerte en la sociedad actual.
- Aprender a identificar la terminalidad.
- Conocer los miedos más frecuentes de las personas cuidadoras en torno a la muerte.
- Reflexionar sobre el dolor y su abordaje.
- Entender el duelo y facilitar las habilidades para vivirlo.
- Mejorar las habilidades para despedirse de su familiar.

CONTENIDOS

- La muerte en la sociedad actual, interrogantes y tabúes.
- Identificar y aceptar la terminalidad.
- Miedos de la persona cuidadora y de la persona enferma.
- El dolor y los mitos de la morfina.
- El duelo, fases, reconocimiento de la pérdida.
- Despedida de su familiar.

DESARROLLO METODOLÓGICO: Tiempo aproximado 120 minutos

CONTENIDO	TÉCNICA	DESARROLLO METODOLÓGICO	MATERIAL	TIEMPO minutos
1º	Exposición participada.	Se invita a las personas participantes a exponer las ideas claves de la UD anterior y ayudarlas si no las recuerdan.		5
2º	Trabajo grupal, puesta en común. Exposición.	En grupos de tres o cuatro personas trabajan la Ficha FT₁-LA MUERTE EN LA SOCIEDAD ACTUAL . Posteriormente se realiza una exposición participada.	FF ₁ : LA MUERTE EN LA SOCIEDAD ACTUAL. FT ₁ : LA MUERTE EN LA SOCIEDAD ACTUAL T ₁ : REFLEXIONES SOBRE LA MUERTE.	15
3º	Trabajo por parejas. Exposición.	Por parejas, se trabaja la FT₂: IDENTIFICAR LA TERMINALIDAD . Posteriormente se realiza una puesta en común y exposición participada.	FF ₂ : IDENTIFICAR LA TERMINALIDAD. FT ₂ : IDENTIFICAR LA TERMINALIDAD. T ₂ : ENFERMEDAD TERMINAL.	20
4º	Trabajo por parejas y puesta en común.	Por parejas, tienen que contestar las preguntas de la Ficha FT₃ . Posteriormente se hará una puesta en común y la persona formadora irá aclarando las dudas y preguntas sobre el dolor y la morfina.	FF ₃ : EL DOLOR Y LOS MITOS DE LA MORFINA. FT ₃ : SOBRE LA MORFINA T ₃ : MITOS DE LA MORFINA.	20
DESCANSO 10 minutos				
5º	Trabajo grupal, puesta en común. Exposición.	En parejas, se trabaja la FT₄: MIEDOS . Posteriormente se realiza una exposición participada.	FF ₄ : MIEDOS DE LA PERSONA CUIDADORA Y DE LA PERSONA ENFERMA. FT ₄ : MIEDOS. T _{4,1} : MIEDOS DE LA PERSONA CUIDADORA T _{4,2} : MIEDOS DE LA PERSONA ENFERMA.	20
6º	Trabajo por parejas. Exposición.	En parejas, se trabaja la FT₅: EL DUELO . Posteriormente se realiza la exposición participada.	FF ₅ : EL DUELO. FT ₅ : EL DUELO. T _{5,1} : FASES DEL DUELO. T _{5,2} : TIPOS DE DUELO. T _{5,3} : AFRONTAMIENTO DEL DUELO. T _{5,4} : DUELO SUPERADO.	20
7º	Exposición participada.	A lo largo de la UD, la persona formadora irá recogiendo las ideas clave; con ellas se finalizará la UD.		10

UNIDAD DIDÁCTICA 6 / FICHA DEL FORMADOR/A FF₁

LA MUERTE EN LA SOCIEDAD ACTUAL

Se debaten en grupos de tres o cuatro personas las preguntas de la FT₁: LA MUERTE EN LA SOCIEDAD ACTUAL.

Posteriormente se realiza una exposición participada.

Material de apoyo:

- **Transparencia T₁**: REFLEXIONES SOBRE LA MUERTE.

La muerte en la sociedad actual

En la actual cultura occidental ha cambiado la orientación de la vida y la muerte; de tener antes un marcado carácter espiritual, se ha pasado a que primen los valores científico-técnicos y económicos.

Antaño, la persona moría en casa, rodeada de su familia (incluidos los niños y las niñas), vecindad, amistades...; era una muerte acompañada. Los niños y niñas tenían pronto contacto con la muerte, por lo que ésta se convertía en un hecho conocido que formaba parte de la vida. Hoy, en cambio, se les aleja de la casa cuando alguien se va a morir.

La persona enferma sabía que iba a morir. Hoy, por el contrario, casi siempre se le oculta la gravedad de su enfermedad.

Era el momento de los grandes amores, perdones y despedidas, repartos de haciendas, consejos a los hijos e hijas, etc.

Hoy, la muerte se oculta, se suele evitar hablar del tema, se considera de mal gusto. Si se oculta la muerte, también todo lo que nos recuerda a ella (enfermedad, vejez, discapacidad).

Todo esto se ha traducido en un cambio radical de las costumbres y los ritos funerarios. La muerte se ve como un fracaso total de la sociedad, construida sobre valores de producción y consumo.

A esta actitud de evitación de la muerte y de todo lo que se le relacione, se une el hecho de que el morir sucede en muchos casos en hospitales, en soledad, con dolor y sin poder comunicarse con los demás.

UNIDAD DIDÁCTICA 6 / FICHA DE TRABAJO FT₁

LA MUERTE EN LA SOCIEDAD ACTUAL

Para debatir

¿Cómo se vive la muerte en vuestra familia?

.....

.....

.....

¿Existe algún cambio de cómo era entendida en vuestra infancia?

.....

.....

.....

¿Qué consecuencias creéis que se derivan de ello?

.....

.....

.....

UNIDAD DIDÁCTICA 6 / TRANSPARENCIA T₁

REFLEXIONES SOBRE LA MUERTE: ANTIGUA Y ACTUAL

Antaño

- Acontecimiento natural.
- Muerte familiar, acompañada en el domicilio.
- La persona enferma sabe que va a morir.
- Muerte social, pública: sacerdote, vecinos.

Ahora

- Fracaso de los valores sociales basados en producción/consumo.
- Instrumentalizada, en soledad, en el hospital.
- La persona enferma es la última en enterarse.
- Muerte oculta, tabú.

PARADOJA: LA MUERTE ES INEVITABLE Y SIN EMBARGO LA SOCIEDAD ACTUAL LA NIEGA Y LA OCULTA.

UNIDAD DIDÁCTICA 6 / FICHA DEL FORMADOR/A FF₂

IDENTIFICAR LA TERMINALIDAD

Por parejas, se trabaja la **FT₂: IDENTIFICAR LA TERMINALIDAD**.

Posteriormente se realiza una exposición participada

Material de apoyo:

- **Transparencia T₂: ENFERMEDAD TERMINAL.**

La enfermedad terminal

La persona con una enfermedad terminal es alguien que sufre un proceso irreversible, cuya muerte se espera que ocurra a pesar de todos los esfuerzos sanitarios a nuestro alcance, es decir, está en el proceso final de su vida.

La enfermedad terminal es, según la definición de la SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos), una enfermedad avanzada incurable y progresiva, con una falta de respuesta a tratamiento específico con presencia de síntomas intensos, cambiantes y multifactoriales, que producen un gran impacto psicoemocional en la persona enferma, familia y equipo asistencial, y que tiene un pronóstico de vida de igual o inferior a seis meses.

“Enfermedad terminal” significa que ya no quedan recursos sanitarios posibles para devolverle la salud a la persona enferma y que lo único que se puede hacer es proporcionarle una atención integral, aliviarle el dolor, el sufrimiento y garantizarle el mayor bienestar posible hasta el final.

UNIDAD DIDÁCTICA 6 / FICHA DE TRABAJO FT₂

IDENTIFICAR LA TERMINALIDAD

Piensen en todas sus experiencias como personas cuidadoras y revisen si han tenido que enfrentarse alguna vez al cuidado en fase terminal y qué consecuencias ha tenido para su vida.

1. ¿Qué cuidados ha prestado usted a una persona de su familia en fase terminal?

.....

.....

.....

2. Relate las consecuencias que ha tenido para usted.

.....

.....

.....

UNIDAD DIDÁCTICA 6 / TRANSPARENCIA T₂

ENFERMEDAD TERMINAL. DEFINICIÓN DE LA S.E.C.P.A.L.

- A. Diagnóstico de enfermedad confirmado.
- B. Enfermedad: avanzada, incurable, progresiva.
- C. Falta de respuesta a tratamiento específico.
- D. Presencia de síntomas: intensos, multifactoriales y cambiantes.
- E. Produciendo un gran impacto emocional en: paciente, familia y equipo asistencial.
- F. Pronóstico de vida igual o inferior a 6 meses.

UNIDAD DIDÁCTICA 6 / FICHA DEL FORMADOR/A FF₃

EL DOLOR Y LOS MITOS DE LA MORFINA

Se entrega la FT₃: **SOBRE LA MORFINA**. Por parejas, tienen que contestar las preguntas de la ficha FT₃. Posteriormente se hará una puesta en común y la persona formadora irá aclarando las dudas y preguntas sobre el dolor y la morfina.

Material de apoyo:

- **Transparencia T₃: MITOS DE LA MORFINA.**

El dolor y la morfina

Aproximadamente el 80% de las personas, cuando están en el final de la vida, van a tener dolor. Creemos que un mayor conocimiento del dolor por parte de la persona enferma y su familia, es una herramienta básica para una mejor evaluación y, en definitiva, un mejor control y bienestar para ella.

El dolor es un hecho subjetivo consistente en una percepción sensorial desagradable que tiene su origen en un estímulo nervioso y que se acompaña de un estado de ánimo alterado. Tanto la intensidad como la duración dependen del origen del dolor y de la persona que lo padece, pero la familia y el personal sanitario no deben dudar de que a aquella persona "le duele".

Es absolutamente necesario controlar el dolor en pacientes terminales por los siguientes motivos:

- Le recuerdan el diagnóstico y el pronóstico sombrío.
- Este síntoma es el que provoca mayor impacto emocional.
- La OMS dice que el 90 – 95% del dolor se puede y se debe controlar.
- Además, hemos de decir que el dolor es absurdo y anula a la persona que lo padece. Por tanto, es imprescindible controlarlo y suprimirlo con todos los medios existentes.
- Existen multitud de analgésicos que, usados de forma escalonada, contribuyen a este propósito.

La morfina es un analgésico potente que se utiliza para dolores intensos, que ha demostrado ser eficaz pero que, a pesar de ello, se utiliza todavía poco para el control del dolor severo en pacientes terminales. El motivo es la existencia de una serie de mitos que, aunque no tienen ningún fundamento, ayudan a que su uso aún sea restringido:

- "Se hará un drogadicto". El uso de la morfina es diferente cuando lo utilizan las personas toxicómanas para escapar de la realidad, que cuando se utiliza como analgésico.
- "Si se ha recetado morfina es que se está muriendo". Más bien tendríamos que pensar que si se le ha recetado es que tiene dolor severo que se ha de calmar.
- "Usará la morfina para suicidarse". Quienes la toman no se suicidan en un número mayor que la población general.
- "La morfina por vía oral es ineficaz". Lo que sucede es que la morfina por vía oral se absorbe mal y ello obliga a duplicar la dosis que se daría por vía inyectable.

- n “Si tiene morfina en casa, se la robarán”. El mundo de la droga y el contrabando están muy lejos de un hogar anónimo que tiene comprimidos de morfina.
- n “Al final no será efectiva”. Es una creencia muy frecuente. Sin embargo, no es cierto. La morfina es el único analgésico que no tiene techo terapéutico (dosis máxima a partir de la cual ya no es efectiva).

Todos los analgésicos opiodes producen efectos adversos potenciales: depresión respiratoria, náuseas y vómitos, constipación y prurito. El efecto adverso más severo es la hipoventilación; sin embargo, este es un efecto poco frecuente cuando se utiliza para neutralizar el dolor provocado por el cáncer, ya que el dolor es un potente antagonista de la depresión respiratoria provocada por narcóticos.

UNIDAD DIDÁCTICA 6 / FICHA DE TRABAJO FT₃

SOBRE LA MORFINA

Valorar cada concepto en una escala de 1 a 5, siendo 5 el valor de mayor acuerdo y 1 el de menor acuerdo.

1. Si le han recetado morfina es que se está muriendo.

1 2 3 4 5

2. Si toma morfina se hará una persona drogadicta.

1 2 3 4 5

3. Usará la morfina para suicidarse.

1 2 3 4 5

4. La morfina por vía oral no es eficaz.

1 2 3 4 5

5. Si tiene morfina en casa se la robarán.

1 2 3 4 5

6. La morfina provoca euforia.

1 2 3 4 5

7. La morfina, al final no será efectiva (se acostumbran a ella).

1 2 3 4 5

UNIDAD DIDÁCTICA 6 / TRANSPARENCIA T₃

MITOS DE LA MORFINA

- n Se hará una persona drogadicta.

- n Si le han recetado morfina es que se está muriendo.

- n El paciente usará la morfina para suicidarse.

- n La morfina por vía oral es ineficaz.

- n Si tiene morfina en casa, se la robarán.

- n La morfina provoca euforia.

- n La morfina, al final no será efectiva (se acostumbran a ella).

UNIDAD DIDÁCTICA 6 / FICHA DEL FORMADOR/A FF₄

MIEDOS DE LA PERSONA CUIDADORA Y DE LA PERSONA ENFERMA

Se trabajará en grupos de tres o cuatro personas la FT₄: MIEDOS. Posteriormente se realiza una exposición participada.

Material de apoyo:

- **Transparencias T_{4.1}: MIEDOS DE LA PERSONA CUIDADORA.**
- **Transparencias T_{4.2}: MIEDOS DE LA PERSONA ENFERMA.**

Miedos de la persona cuidadora

Cuando la familia tiene conciencia de la muerte inevitable de uno de sus miembros en un plazo más o menos breve, surgen una serie de miedos:

1. Al sufrimiento y, especialmente, a una agonía dolorosa.
2. A que se le abandone y no reciba la atención adecuada.
3. A hablarle.
4. A que comprenda su condición física por las manifestaciones o actitudes de la familia.
5. A estar solo o sola en el momento de su muerte, ya que es un momento temido y desconocido.
6. A estar ausente cuando la persona fallezca, a separarse de ella un rato, lo que entorpece la necesidad de descanso y de realizar actividades propias de la persona cuidadora.

Por ello, quien cuida ha de realizar una serie de tareas facilitadoras que pueden ayudar a afrontar estos miedos:

1. Debe actuar con naturalidad, encontrar el equilibrio entre negar la proximidad de la muerte, que puede hacer sentirse abandonada a la persona enferma, o exagerar la sobreprotección y la condescendencia, que puede anular o disminuir su autoestima.
2. Debe redistribuir las tareas y funciones que la persona enferma antes asumía pero sin producirle una sensación de inutilidad.
3. Tiene que aceptar que su familiar puede necesitar una persona ajena para su cuidado.

Para llevar a cabo estas importantes y difíciles tareas, la persona cuidadora necesita soporte y ayuda para conocer e identificar las múltiples necesidades de su familiar a lo largo de todo el proceso.

Necesidades

1. Información clara, concisa y realista.
2. Saber que se está haciendo algo por su familiar y que no se le ha abandonado sanitariamente.
3. Contar con el apoyo, disponibilidad y comprensión del equipo de cuidados.
4. Participar en los cuidados.
5. Comprensión y apoyo emocional.

Miedos de la persona enferma

La familia cuidadora debe también conocer los miedos de la persona enferma para, en lo posible, saber ayudarla a enfrentarlos. Los miedos más específicos en el intervalo vida-muerte son:

1. *Miedo a lo desconocido.*

- ¿Cuál será mi destino?
- ¿Qué experiencia vendrá después?
- ¿Qué le sucederá a mi familia, amistades...?

En este punto es esencial establecer una relación de confianza y sinceridad para que pueda expresar sus preocupaciones. En este aspecto es importante aclarar que ante este tipo de preguntas no existen respuestas objetivas, sino opiniones.

2. *Miedo a la soledad.*

La enfermedad produce sensación de aislamiento y en ocasiones, además, quienes están alrededor de una persona enferma, tienden a evitarla, especialmente si se está muriendo.

No se encuentran palabras para expresar lo que se siente ni lo que sucede. Es importante evitar esa soledad y acompañar a la persona enferma el mayor tiempo posible, estableciendo con claridad quién estará con ella y en qué momentos.

3. *Miedo a la angustia.*

Se define como "miedo al miedo". Tenemos que acompañarla en la identificación de las fuentes de tristeza y debemos ayudarla a afrontar una a una las angustias del camino y no todas juntas, favoreciendo también que exprese su angustia.

4. *Miedo a la pérdida del cuerpo.*

El cuerpo es una parte vital del concepto de identidad. Cuando la enfermedad deforma el cuerpo no es sólo una pérdida física sino una pérdida de la propia imagen y la propia integridad. La persona cuidadora puede ayudar a la persona enferma evitando que la pérdida física suponga también la de los sentidos de integridad y autoestima. Esto lo logramos manteniéndola informada de todo lo que sucede en su cuerpo y hemos de insistir en que no debe avergonzarse por la pérdida de las funciones corporales.

5. *Miedo al dolor.*

El miedo al dolor no es sólo miedo físico, sino también miedo a lo desconocido y a lo incontrolable. Se imagina que sufrirá dolores terribles. Debemos explicar lo más claro posible el origen, la extensión y la duración del dolor. Se debe trabajar el dolor para evitarlo y conseguir que si el dolor no puede ser eliminado, sea por lo menos tolerado.

UNIDAD DIDÁCTICA 6 / FICHA DE TRABAJO FT₄

MIEDOS

1. ¿Cuáles piensan que son los miedos más frecuentes en la persona que se está muriendo?

.....

.....

.....

2. ¿A qué creen que tienen miedo las personas que cuidan a su familiar en los momentos finales de su vida?

.....

.....

.....

3. ¿Cómo piensan que se pueden vencer estos miedos?

.....

.....

.....

UNIDAD DIDÁCTICA 6 / TRANSPARENCIA T_{4.1}

MIEDOS DE LA PERSONA CUIDADORA

- n Al sufrimiento de su familiar y a una agonía dolorosa.

- n A que sea abandonada y no reciba atención adecuada.

- n A hablarle.

- n A que comprenda su condición.

- n A estar a solas con su familiar en el momento final.

- n A cómo será el final.
 - ® Progresiva obnubilación.

 - ® Consciente hasta el final.

 - ® Forma violenta y repentina.

- n A estar ausente cuando fallezca.

UNIDAD DIDÁCTICA 6 / TRANSPARENCIA T_{4.2}

MIEDOS DE LA PERSONA ENFERMA

- n Miedo a lo desconocido: relación de confianza y sinceridad.

- n Miedo a la soledad: acompañamiento.

- n Miedo a la angustia: identificación de angustias. Afrontarlas una a una.

- n Miedo a la pérdida del cuerpo: información de lo que sucede en su cuerpo.

- n Miedo al dolor y al sufrimiento: evitarlo/eliminarlo.

UNIDAD DIDÁCTICA 6 / FICHA DEL FORMADOR/A FF₅

EL DUELO

“El hombre muere tantas veces como
pierde a cada uno de los suyos”

Publio Cyro

En parejas, se trabaja la **FT₅**: EL DUELO. En esta actividad, tienen que pensar en aquellas pérdidas significativas en sus vidas y si sienten esa pérdida como superada o no.

Posteriormente se realiza la exposición participada.

Material de apoyo:

- **Transparencia T_{5.1}**: FASES DEL DUELO.
- **Transparencia T_{5.2}**: TIPOS DE DUELO.
- **Transparencia T_{5.3}**: AFRONTAMIENTO DEL DUELO.
- **Transparencia T_{5.4}**: DUELO SUPERADO.

El duelo

Podemos definir el duelo (del latín dolus, dolor) como la reacción natural ante la pérdida de una persona, una relación, cosas materiales... etc.

En el curso de nuestra vida, casi todo el mundo sufre un cierto número de pérdidas; una pérdida inaugura un periodo de duelo.

Se suelen distinguir las siguientes **fases en la secuencia del duelo**:

1ª fase “entumecimiento o protesta”.

Caracterizada por sentimientos de angustia, miedo e ira.

2ª fase “anhelo y búsqueda de la persona perdida”.

Se caracteriza por preocupación de la persona perdida y anhelo de esa figura, con sentimientos de inquietud física, llanto e ira.

3ª fase “desorganización y desesperación”.

Desasosiego y falta de objetivos, aumento de las manifestaciones somáticas.
Reiterada reviviscencia de recuerdos.

4ª fase “reorganización”.

Establecimiento de nuevos patrones y objetivos; el pesar cede y en su lugar surgen recuerdos apreciados.

Tipos de duelo

1. *Duelo anticipado.*

Es el expresado con anterioridad a la pérdida, que se percibe como inevitable. Ayuda a tomar conciencia de lo que está sucediendo y a programar el tiempo en vista de la inevitable muerte.

2. *Duelo retardado, inhibido.*

Es el duelo cuya expresión es inhibida o negada al no afrontar la persona la realidad de la pérdida. Se manifiesta en personas que parecen mantener el control de la situación, así como una falsa euforia.

3. *Duelo crónico.*

La persona es incapaz de superar la pérdida, que arrastra durante años; es absorbida por los constantes recuerdos, siendo incapaz de reinsertarse en la sociedad.

4. *Duelo patológico.*

La persona se ve superada por la gravedad de la pérdida y los equilibrios físicos y psíquicos se rompen. Precisa de ayuda profesional.

Afrontamiento del duelo

El duelo es una reacción natural ante la pérdida, que incluye manifestaciones físicas, psicológicas y sociales.

La intensidad y duración es proporcionada a la dimensión y significado que tenga la pérdida para cada persona. Es importante hablar de los sentimientos que produce la pérdida de la persona querida, como mecanismo para afrontar esta pérdida.

Cuando se acerca el aniversario de la pérdida se suele constatar una exacerbación de los sentimientos, que hay que tener presentes.

La literatura científica recoge que las personas que están padeciendo un duelo tienen un mayor número de enfermedades y tienen mayor mortalidad.

Por último, podemos decir que un duelo está ya superado cuando la persona puede hablar y recordar la pérdida sin llorar, siendo capaz de establecer una buena relación social y aceptar los retos de la vida.

UNIDAD DIDÁCTICA 6 / FICHA DE TRABAJO FT₅

EL DUELO

Escriban una lista de aquellas pérdidas más significativas a lo largo de sus vidas y coloquen al lado la palabra "Superada" o "No Superada".

Lista de pérdidas	Superada / No Superada
1
2
3
4
5
6
7

UNIDAD DIDÁCTICA 6 / TRANSPARENCIA T_{5.1}

FASES DEL DUELO

1ª Fase

Entumecimiento, protesta, malestar, miedo, cólera.

2ª Fase

Anhelo y búsqueda de la persona perdida.

3ª Fase

Desorganización y desesperación.

4ª Fase

Reorganización. Nuevos objetivos.

UNIDAD DIDÁCTICA 6 / TRANSPARENCIA T_{5.2}

TIPOS DE DUELOS

Anticipado:

Anterior a la pérdida, que se percibe como inevitable.

Retardado, inhibido o negado:

No se afronta la realidad de la pérdida.

Crónico:

Incapaz de superar la pérdida.

Patológico:

Reacción a la pérdida tan intensa que precisa de ayuda profesional.

UNIDAD DIDÁCTICA 6 / TRANSPARENCIA T_{5.3}

AFRONTAMIENTO DEL DUELO

- n Aceptar la realidad de la pérdida.

- n Alentar exteriorización de los sentimientos.

- n Permitir que se hable de las personas queridas.

- n No decir que no llore o que no se enfade.

- n Consuelo verbal en lugar de medicamentos.

- n Adaptarse al ambiente donde estaba la persona fallecida.

- n Al aproximarse el aniversario es esperable una exacerbación.

- n Fomentar el autocuidado para disminuir el estrés y las enfermedades que aparecen con más frecuencia en personas con duelo.

- n Acompañamiento eficaz para recorrer el camino y aceptar que cada persona tiene su ritmo.

UNIDAD DIDÁCTICA 6 / TRANSPARENCIA T_{5.4}

DUELO SUPERADO

- n Poder hablar y recordar la pérdida sin llorar ni desconcentrarse.

- n Poder establecer nuevas relaciones y aceptar los retos de la vida.

UNIDAD DIDÁCTICA 6 / BIBLIOGRAFÍA

- n Sanz Ortiz J, Gómez-Batiste X, Gómez Sancho M, Núñez Olarte J. M. Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1993.
- n Gómez Sancho M y cols. Cuidados Paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria (ICEPPS). Las Palmas, 1994.
- n Gómez Sancho y cols. Control de síntomas en el enfermo de cáncer terminal. 2ª ed. Asta Médica. 1995.
- n Gómez Batiste X, Planas Domingo J, Roca Casas J, Viladiu Quemada P. Cuidados Paliativos en Oncología. Ed. JIMS S.A. Barcelona 1996.
- n Gómez Sancho M. Cómo dar las malas noticias en Medicina. Aula Médica S.A. 1996.
- n Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. 3ª ed. Eunsa. 1997.
- n Gómez Sancho y cols. Cuidados Paliativos y Atención Integral a enfermos terminales. Las Palmas. Instituto Canario de Estudios y Promoción Social. y Sanitaria (ICEPPS). 1998.
- n López Imedio E. Enfermería en Cuidados Paliativos. Ed. Médica Panamericana. Madrid 1998.
- n Benítez del Rosario M.A, Salinas Martín A. Cuidados Paliativos y Atención Primaria. Ed. Springer- Verlag Ibérica; Barcelona 2000.
- n Benítez del Rosario M.A y cols. Cuidados Paliativos. Recomendaciones SEMFYC. Barcelona. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria 1998.
- n Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guía de Cuidados Paliativos.
<http://www.secpal.com/guiacp/>

UNIDAD DIDÁCTICA 7

EL ESTRÉS: UNA RESPUESTA HUMANA

- n Introducción.
- n Objetivos.
- n Contenidos.
- n Desarrollo metodológico.

- n **Ficha del formador/a FF₁: FUENTES DE ESTRÉS EN LA PERSONA CUIDADORA.**
 - Ficha de Trabajo FT₁: FUENTES DE ESTRÉS.
 - Transparencia T₁: CARACTERÍSTICAS DE LAS SITUACIONES DE ESTRÉS.

- n **Ficha del formador/a FF₂: MANIFESTACIONES DEL ESTRÉS.**
 - Ficha de Trabajo FT₂: MANIFESTACIONES DEL ESTRÉS.
 - Transparencia T₂: SEÑALES Y MANIFESTACIONES DEL ESTRÉS.

- n **Ficha del formador/a FF₃: AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS**
 - Ficha de Trabajo FT₃: AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS. "NO LO HACES BIEN".
 - Transparencia T₃: AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS.

- n **Ficha del formador/a FF₄: DARSE UNA OPORTUNIDAD PARA RELAJARSE.**
 - Ficha de Trabajo FT₄: DARSE UNA OPORTUNIDAD PARA RELAJARSE.

- n Bibliografía.

INTRODUCCIÓN

El estrés es una reacción natural del organismo para defendernos o adaptarnos al ambiente.

No sólo los sucesos negativos generan estrés sino también los positivos. Por ejemplo, un ascenso de puesto de trabajo puede implicar más horas de trabajo, más responsabilidades, etc., conduciendo a padecer estrés. Por otro lado, no sólo los excesos producen estrés; los déficits también son nocivos (monotonía, aburrimiento, falta de interés, poca actividad, escaso desarrollo personal, etc.).

El exceso de estrés debido tanto a la exposición a sucesos estresantes múltiples o muy impactantes, así como a la falta de un estilo y recursos apropiados para hacerles frente, puede perjudicar seriamente la salud. De hecho, el estrés incide directamente sobre las causas principales de muerte que hoy en día se producen en nuestra sociedad (enfermedades cardiovasculares y cáncer).

En definitiva, el estrés no controlado deteriora el bienestar y la calidad de vida de la persona que lo sufre.

La situación de cuidar conlleva un alto grado de estrés para la persona cuidadora, de ahí la necesidad de dedicar esta UD al abordaje del estrés no controlado o distrés.

OBJETIVOS

- Identificar las situaciones que generan estrés.
- Reconocer las manifestaciones del estrés.
- Afrontar el estrés.

CONTENIDOS

- Fuentes y situaciones de estrés en la persona cuidadora.
- Manifestaciones del estrés.
- Técnicas de afrontamiento y superación del estrés.

DESARROLLO METODOLÓGICO: Tiempo aproximado 120 minutos

CONTENIDO	TÉCNICA	DESARROLLO METODOLÓGICO	MATERIAL	TIEMPO minutos
1ª	Exposición participada.	Se invita a las personas participantes a exponer las ideas claves de la UD anterior y ayudarlas si no las recuerdan.		10
2º	Trabajo grupal, puesta en común. Exposición.	En grupos de tres o cuatro personas se trabaja la FT₁ : FUENTES DE ESTRÉS. Se realiza una puesta en común, recogiendo la persona formadora las distintas fuentes de estrés, en la pizarra o rotafolio. La formador/a explicará posteriormente las características de una situación estresante.	FF₁ : FUENTES DE ESTRÉS EN LA PERSONA CUIDADORA. FT₁ : FUENTES DE ESTRÉS. T₁ : CARACTERÍSTICAS DE LAS SITUACIONES DE ESTRÉS.	20
3º	Trabajo grupal, puesta en común. Exposición.	Con los mismos grupos, se trabaja la FT₂ : MANIFESTACIONES DEL ESTRÉS. Se trata de que identifiquen las manifestaciones físicas, psicológicas, emocionales y sociales que les producen las situaciones de estrés. Se realiza la puesta en común.	FF₂ : MANIFESTACIONES DEL ESTRÉS. FT₂ : MANIFESTACIONES DEL ESTRÉS. T₂ : SEÑALES Y MANIFESTACIONES DEL ESTRÉS.	20
DESCANSO 10 minutos				
4º	Role Playing. Trabajo grupal Exposición.	Se invita a tres personas a realizar el role-playing que aparece en la FT₃ : AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS. "NO LO HACES BIEN". Después del Role playing, el grupo tiene que proponer estrategias para hacer frente a esta situación de manera adecuada.	FF₃ : AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS. FT₃ : AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS. "NO LO HACES BIEN". T₃ : AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS.	25
5º	Trabajo en parejas.	Por parejas, se trabaja la Ficha de Trabajo FT₄ : DARSE UNA OPORTUNIDAD PARA RELAJARSE. Se finaliza con un ejercicio de relajación.	FF₄ : DARSE UNA OPORTUNIDAD PARA RELAJARSE. FT₄ : DARSE UNA OPORTUNIDAD PARA RELAJARSE.	25
6º	Exposición participada.	A lo largo de la UD, la persona formadora irá recogiendo las ideas clave, con ellas se finalizará la UD.		10

UNIDAD DIDÁCTICA 7 / FICHA DEL FORMADOR/A FF₁

FUENTES DE ESTRÉS EN LA PERSONA CUIDADORA

En grupos de tres o cuatro personas se trabaja la **FT₁: FUENTES DE ESTRÉS**. Con esta ficha se pretende que las personas cuidadoras identifiquen sus posibles fuentes de estrés. Se realiza una puesta en común, recogiendo la persona formadora las distintas fuentes de estrés, en la pizarra o rotafolio. La formador/a explicará posteriormente las características de una situación estresante.

Material de apoyo:

- **Transparencia T₁: CARACTERÍSTICAS DE LAS SITUACIONES DE ESTRÉS.**

Características de las situaciones de estrés

Las características que determinan que una situación sea potencialmente estresante son: cambios en la vida de las personas que tienen una trascendencia para ellas, sobre todo si son novedosas, inciertas, ambiguas, conflictivas, difíciles o pueden resultar dolorosas, desagradables, molestas, incómodas o poco gratificantes.

Muchas de estas características están presentes en las situaciones de cuidado:

- n Amenazan la seguridad (económica, laboral o personal).
- n Atentan contra principios, valores, creencias, costumbres de funcionamiento y la intimidad.
- n Exigen un sobreesfuerzo físico y mental.
- n Implican la toma de decisiones difíciles y la obligación de asumir responsabilidades.
- n Implican someterse a una evaluación social.
- n Plantean problemas o conflictos difíciles de solucionar.
- n Suponen la restricción de la actividad normal.
- n Conllevan la realización de tareas monótonas, aburridas, poco interesantes o gratificantes.

Estas situaciones se pueden presentar de diversas maneras:

- 1) Pueden ser sucesos de gran importancia que basta con que aparezcan una sola vez (fallecimiento de una persona querida).
- 2) Pueden ser sucesos importantes pero que necesitan una exposición más prolongada (enfermedad de un familiar).
- 3) Pueden ser sucesos menores que sumando su impacto estresante favorecen la presencia de estrés (situación de la persona cuidadora).

UNIDAD DIDÁCTICA 7 / FICHA DE TRABAJO FT₁

FUENTES DE ESTRÉS

Enumeren aquellas situaciones que en las dos últimas semanas les hayan producido tensión, nervios, inquietud.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

UNIDAD DIDÁCTICA 7 / TRANSPARENCIA T₁

CARACTERÍSTICAS DE LAS SITUACIONES DE ESTRÉS

- n Amenazan la seguridad: económica, laboral o personal.

- n Atentan contra principios, valores, creencias, costumbres de funcionamiento y la intimidad.

- n Exigen un sobreesfuerzo físico y mental.

- n Implican la toma de decisiones difíciles y la obligación de asumir responsabilidades.

- n Implican someterse a una evaluación social.

- n Plantean problemas o conflictos difíciles de solucionar.

- n Suponen la restricción de la actividad normal.

UNIDAD DIDÁCTICA 7 / FICHA DEL FORMADOR/A FF₂

MANIFESTACIONES DEL ESTRÉS

Con los mismos grupos, se trabaja la FT₂: MANIFESTACIONES DEL ESTRÉS. Se trata de que identifiquen las manifestaciones físicas, psicológicas, emocionales y sociales que les producen las situaciones de estrés.

Se realiza la puesta en común, recogiendo las distintas aportaciones.

Material de apoyo:

- **Transparencia T₂: SEÑALES Y MANIFESTACIONES DEL ESTRÉS.**

Manifestaciones del estrés en la persona cuidadora

Las repercusiones de cuidar pueden ser importantes. Se vive una situación de vulnerabilidad por la sobrecarga física y emocional, exceso de responsabilidades, exigencias, demandas... Si esto ocurre mucho tiempo, puede producir gran estrés.

El estrés continuado puede causar problemas de salud como dolores de espalda, de cabeza, digestivos... etc, producir insomnio, cansancio o agotamiento, pensamientos y sentimientos negativos, rabia, irritabilidad, tristeza, angustia, dificultades para concentrarse... Estas señales indican que la persona "no puede más".

Señales de estrés:

- Sensación de tener «algo» en la garganta.
- Trastorno de la alimentación.
- Ansiedad.
- Beber, fumar y/o consumir medicamentos en exceso.
- Aislamiento social.
- Depresión.
- Diarrea o micción frecuente.
- Dificultad para concentrarse.
- Disfunción laboral.
- Dificultad para realizar las tareas del hogar.
- Dificultad para respirar.
- Dolores de cabeza.
- Gastritis.
- Insomnio.
- Cansancio.
- Malhumor.
- Tensión muscular (cuello, hombros, mandíbula...).
- Trastornos sexuales.
- Malas relaciones familiares.
- «Nudo» en el estómago.
- Sensación de pánico.
- Sudoración en las manos.

UNIDAD DIDÁCTICA 7 / FICHA DE TRABAJO FT₂

MANIFESTACIONES DE ESTRÉS

Cuando dicen estar estresadas:

¿Qué notan en su cuerpo?

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

¿Qué pensamientos son más frecuentes?

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

¿Qué emociones?

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

¿Cómo son sus relaciones con otras personas?

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

UNIDAD DIDÁCTICA 7 / TRANSPARENCIA T₂

SEÑALES Y MANIFESTACIONES DE ESTRÉS:

- n Sensación de tener «algo» en la garganta.
- n Trastorno de la alimentación.
- n Ansiedad.
- n Tristeza.
- n Beber, fumar y/o consumir medicamentos en exceso.
- n Aislamiento social.
- n Diarrea o micción frecuente.
- n Dificultad para concentrarse.
- n Dificultad para respirar
- n Dolores de cabeza.
- n Insomnio.
- n Cansancio.
- n Enfado.
- n Tensión muscular (cuello, hombros, mandíbula...)
- n Trastornos sexuales.
- n Malas relaciones familiares.
- n «Nudo» en el estómago.
- n Sensación de pánico.
- n Sudoración en las manos.

UNIDAD DIDÁCTICA 7 / FICHA DEL FORMADOR/A FF₃

AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS

Se invita a tres personas a realizar el role-playing que aparece en la **FT₃: AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS. "NO LO HACES BIEN"**.

Se presenta una situación frecuente entre las tareas que realizan las personas cuidadoras como es alimentar a su familiar. En esta ocasión, la persona dependiente rechaza el alimento una y otra vez ante la insistencia de la persona cuidadora. Ésta se enfada delante de un hermano que ha llegado de visita.

Después del Role playing, el grupo tiene que proponer estrategias para hacer frente a esta situación de manera adecuada.

Material de apoyo:

- **Transparencia T₃: AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS.**

Pautas para controlar el estrés:

1. Localice el origen.
2. Cuide de su salud.
3. Aprenda a contar lo que le pasa.
4. Piense en positivo.
5. Aprenda a decir NO.
6. Dé a su cuerpo y a su mente la oportunidad de relajarse.

UNIDAD DIDÁCTICA 7 / FICHA DE TRABAJO FT₃

AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS “NO LO HACES BIEN”

Role playing

Hermano: “Así no se hace, no tienes que prepararlo tan espeso, así no hay quien lo coma...”

Hermana: “¡Lo que me faltaba por oír, que vengas tú a darme lecciones!”.

Hermano: ¿No ves que no le gusta? Por eso no come.

Hermana: Si tú sabes hacerlo mejor, hazlo hoy y siempre.

¿Qué le recomendarían a la persona cuidadora para descargar la tensión acumulada?

UNIDAD DIDÁCTICA 7 / TRANSPARENCIA T₃

AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS

n Localice el origen.

n Cuide de su salud.

n Aprenda a contar lo que le pasa.

n Piense en positivo.

n Aprenda a decir NO.

n Dé a su cuerpo y a su mente la oportunidad de relajarse.

UNIDAD DIDÁCTICA 7 / FICHA DEL FORMADOR/A FF₄

DARSE UNA OPORTUNIDAD PARA RELAJARSE

Por parejas, se trabaja la Ficha de Trabajo FT₄: DARSE UNA OPORTUNIDAD PARA RELAJARSE. Tienen que identificar actividades o cosas que las relajen y reflexionar si en los últimos días han realizado alguna de ellas y cuáles les gustaría recuperar o introducir en sus vidas. Hay que animarles a buscar un espacio para poder realizar algunas de ellas.

Se finaliza la UD con un ejercicio de relajación.

Ejercicio de relajación

Pasos para la respiración profunda

Sentado o recostado

- n Coloque una mano en el estómago, justamente encima del ombligo. Coloque la otra mano en su pecho.
- n Inhale lentamente y trate de hacer que su estómago se alce.
- n Exhale lentamente y deje que su estómago baje.

Ejercicio de relajación

Se puede realizar en cualquier lugar o situación. La postura que se adopte puede ser sentado/a o acostado/a. Es un ejercicio para conseguir una relajación rápida cuando se dispone de poco tiempo. Se trata de tensar todos los grupos de músculos a la vez, durante 5 segundos:

- n Cerrar los puños.
- n Doblar los brazos por los codos intentando tocarse los hombros con los puños.
- n Encoger los hombros.
- n Apretar la cabeza (contra el sillón, si se tiene) hacia atrás y tensar la nuca.
- n Cerrar los ojos y apretarlos con fuerza.
- n Apretar los dientes y los labios.
- n Extender las piernas y elevar los talones del suelo para tensar los músculos del estómago.
- n Coger aire profundamente.

Después, dejarse caer en la silla, permitiendo que todo el cuerpo se relaje lo más posible. Permanecer así, concentrándose en una imagen mental relajante y respirando tranquilamente. La imagen mental puede referirse a lugares o situaciones muy relajantes como: sentarse frente a la chimenea, tumbarse en verano a la orilla de un río, o en la playa, visualizar un bello paisaje, o la sonrisa de un niño/a, una puesta de sol...

Si no se puede pensar en una imagen relajante, concentrarse en algo divertido.

Si no es posible mantener la atención mucho tiempo en una imagen, pensar una detrás de otra.

UNIDAD DIDÁCTICA 7 / FICHA DE TRABAJO FT₄

DARSE UNA OPORTUNIDAD PARA RELAJARSE

Cuando se cuida es especialmente importante introducir en nuestra vida descanso y cosas agradables: actividades que compensen la tensión y sobrecarga, que nos produzcan paz, disfrute, alegría, humor...

Piensen en 10 cosas que les produzcan sensaciones agradables.

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

De ellas, cuáles has realizado en los últimos **dos días** y cuáles te gustaría recuperar o introducir en tu vida.

UNIDAD DIDÁCTICA 7 / BIBLIOGRAFÍA

- n El estrés. Instituto de Salud Pública. Gobierno de Navarra. <http://www.cfnavarra.es/isp/promocion/textos/Estres.html>
- n Jacobson, E. (1938). Progressive relaxation. Chicago: The University of Chicago Press. (Trabajo original publicado 1929).
- n Buceta JM, Bueno AM. Psicología y Salud: control del estrés y trastornos asociados. Ed. Dykinson. Madrid 1995.
- n Belloch A, Sandín B, Ramos F. Manual de Psicopatología. Volumen II. Ed. McGraw-Hill. Madrid 1995.
- n Olivares J, Méndez Fx. Técnicas de modificación de conducta. Ed. Biblioteca nueva. Madrid 2002.

UNIDAD DIDÁCTICA 8

CUIDADOS A LA PERSONA DEPENDIENTE

n Introducción.

n Objetivos.

n Contenidos.

n Desarrollo metodológico.

n **Ficha del formador/a FF₁**: CUIDADOS DE LA PIEL. LA PIEL Y SUS FUNCIONES.

- **Transparencia T₁**: FUNCIONES DE LA PIEL.

n **Ficha del formador/a FF₂**: FACTORES DE RIESGO Y SEÑALES DE ALERTA DE PÉRDIDA DE INTEGRIDAD DE LA PIEL.

- **Transparencia T_{2.1}**: EN QUIÉN APARECEN.
- **Transparencia T_{2.2}**: SEÑALES DE DAÑO EN LA PIEL.

n **Ficha del formador/a FF₃**: PAÑALES: TIPO, TAMAÑOS, COLOCACIÓN DE LOS MISMOS.

n **Ficha del formador/a FF₄**: MOVILIZACIONES.

Bibliografía.

INTRODUCCIÓN

A lo largo del proceso de cuidar a la persona dependiente, son muchos los cuidados que se le prestan y las necesidades de atención que ésta tiene.

En esta UD se van a tratar los cuidados de la piel, utilización de los absorbentes y la movilización del familiar de manera adecuada.

Para el desarrollo de la Unidad es conveniente disponer de distintos modelos de pañales; colchoneta; silla de ruedas; entremetida; cojines o almohadas.

OBJETIVOS

- n Conocer las funciones de la piel y los cuidados que requiere el mantenimiento de su integridad.
- n Conocer el correcto uso de los absorbentes (pañales).
- n Adiestrar en el movimiento de cargas y cambios de superficie de apoyo.

CONTENIDOS

- n Cuidados de la piel.
- n Los absorbentes: tipos, tamaños, colocación adecuada.
- n Tipos de movilizaciones :
 - ® Cambios posturales en la cama.
 - ® Paso de cama a sillón/ silla, a una silla de ruedas, etc.
 - ® Levantar a una persona del suelo.

DESARROLLO METODOLÓGICO: Tiempo aproximado 120 minutos

CONTENIDO	TÉCNICA	DESARROLLO METODOLÓGICO	MATERIAL	TIEMPO minutos
1º	Exposición participada.	Se invita a las personas participantes a exponer las ideas claves de la UD anterior y ayudarlas si no las recuerdan.		5
2º	Exposición participada.	Pregunta abierta al grupo animándoles a que digan lo que piensan sobre qué es la piel, y qué funciones tiene. Exposición de la persona formadora sobre la composición de la piel y sus funciones.	FF ₁ ; CUIDADOS DE LA PIEL LA PIEL Y SUS FUNCIONES. T ₁ ; FUNCIONES DE LA PIEL.	15
3º	Exposición participativa.	Pregunta abierta al grupo: ¿Cómo nos damos cuenta de que la piel comienza a dañarse y en qué lugares es más frecuente la aparición de lesiones? . Exposición de la persona formadora sobre factores de riesgo y señales de alerta de la pérdida de integridad de la piel.	FF ₂ ; FACTORES DE RIESGO Y SEÑALES DE ALERTA DE PERDIDA DE INTEGRIDAD DE LA PIEL. T _{2,1} ; EN QUIÉN APARECEN. T _{2,2} ; SEÑALES DE DAÑO EN LA PIEL.	15
4º	Exposición y práctica en colocación de pañales.	Se entregan varios pañales a las personas participantes para que los vayan tocando mientras se explican y se detallan algunas características de los mismos. Posteriormente se lleva a cabo la colocación de un pañal a una persona sentada y tumbada.	FF ₃ ; PAÑALES: TIPO, TAMAÑOS, COLOCACIÓN DE LOS MISMOS.	20
DESCANSO 10 minutos				
5º	Exposición y práctica en movilizaciones.	Tras una breve exposición en la que se introducen las bases físicas de cargas, se comienza a trabajar las distintas movilizaciones involucrando poco a poco a todo el grupo para que colaboren en las distintas situaciones.	FF ₄ ; MOVILIZACIONES.	45
6º	Exposición participada.	A lo largo de la UD, la persona formadora irá recogiendo las ideas clave; con ellas se finalizará la UD.		10

UNIDAD DIDÁCTICA 8 / FICHA DEL FORMADOR/A FF₁

CUIDADOS DE LA PIEL: LA PIEL Y SUS FUNCIONES

¿Qué es la piel?

Pregunta abierta al grupo animándoles a que digan lo que piensan sobre qué es la piel y qué funciones tiene.

Se recogen las opiniones en la pizarra o rotafolios.

Exposición de la persona formadora sobre la composición de la piel y sus funciones.

Material de apoyo:

- **Transparencia T₁: FUNCIONES DE LA PIEL.**

La piel

La piel es una estructura que recubre totalmente nuestro cuerpo, que nos aísla y a la vez nos pone en contacto con el medio ambiente que nos rodea. Su espesor medio está entre 0.5 y 2 mm., pudiendo llegar en zonas más callosas hasta 4 mm, pero de este grosor total, la epidermis, que es la capa más exterior, tiene un espesor entre los 0.07 y 0.12 mm. Al ser tan fina, hay que cuidarla para mantener su integridad el mayor tiempo posible.

Composición de la piel

- n **Epidermis.** Capa más externa de la piel. Tiene una gran estabilidad estructural y una gran resistencia a los agentes externos físicos, químicos y biológicos.

Componen la epidermis distintos tipos de capas celulares:

- ⊗ Escamas córneas.
- ⊗ Capa corneal queratinizada.
- ⊗ Capa granular.
- ⊗ Capa germinativa.
- ⊗ Melanocitos.
- ⊗ Terminaciones nerviosas.

La epidermis no tiene capilares sanguíneos, se alimenta y se oxigena, por difusión de estas sustancias desde la dermis.

- n **Dermis.** Entre la epidermis y la dermis se encuentra la membrana basal que tiene una gran importancia por su gran capacidad proliferativa en los procesos de reparación. Está muy vascularizada.

Funciones de la piel

- n Protección frente a agresores externos:
 - ® Mecánicos: rozamientos, contusiones.
 - ® Físicos.
 - ® Químicos.
 - ® Biológicos.

- n Función de relación con el entorno.
 - ® Comunicación con el medio mediante estímulos sensitivos.
 - ® Manifestaciones físicas de emociones: rubor, palidez, piloerección.

- n Función de regulación de la temperatura y del equilibrio hídrico.

- n Funciones metabólicas.

UNIDAD DIDÁCTICA 8 / TRANSPARENCIA T₁

FUNCIONES DE LA PIEL

n Protección frente a agresores externos:

® Mecánicos: rozamientos, contusiones.

® Físicos.

® Químicos.

® Biológicos.

n Función de relación con el entorno.

® Comunicación con el medio mediante estímulos sensitivos.

® Manifestaciones físicas de emociones: rubor, palidez, piloerección.

n Función de regulación de la temperatura y del equilibrio hídrico.

n Funciones metabólicas.

UNIDAD DIDÁCTICA 8 / FICHA DEL FORMADOR/A FF₂

FACTORES DE RIESGO Y SEÑALES DE ALERTA DE PÉRDIDA DE INTEGRIDAD EN LA PIEL

Pregunta abierta a los/las participantes.

¿Cómo nos damos cuenta de que la piel comienza a dañarse y en qué lugares es más frecuente la aparición de lesiones?

Se recoge en el rotafolios o pizarra las aportaciones del grupo.

Material de apoyo:

- **Transparencia T_{2,1}**: EN QUIÉN APARECEN.
- **Transparencia T_{2,2}**: SEÑALES DE DAÑO EN LA PIEL.

¿Qué produce lesiones en la piel?

Fundamentalmente la presión directa, el peso del cuerpo presiona los tejidos entre la cama y/o la silla y el hueso. También se pueden producir por la fricción, cuando se arrastra a la persona para movilizarla o cuando esta última se va deslizando (está sentada y se va resbalando poco a poco).

¿En quién aparecen?

Principalmente en personas que sufren en la piel una presión prolongada y que además pueden tener algunos de los siguientes factores predisponentes:

- n Edad avanzada.
- n Inmovilidad y encamamiento prolongado.
- n Incontinencia urinaria y/o fecal, exceso de humedad.
- n Bajo nivel de conciencia o de estado mental; la persona renuncia a cambiar de postura.
- n Uso de medicamentos: corticoides, citostáticos.
- n Alteraciones circulatorias y vasculares; mal estado de la piel; alteraciones respiratorias; endocrinas y/o nutricionales (malnutrición, deshidratación,...)
- n Afectación mecánica: férulas, yesos, tracciones.
- n Factores psicosociales: depresión, falta de higiene, ausencia de persona cuidadora...

¿Cómo evitar las lesiones en la piel?

- n Realizar cambios posturales, con una movilización adecuada, evitando los arrastres para no friccionar la piel sobre la cama.
- n Utilizar sábanas suaves, de tejidos naturales como el algodón. Hay que asegurarse de que están bien estiradas y sin pliegues, limpias, secas y sin restos de alimentos.
- n Valorar la utilización de superficies especiales de apoyo para el manejo de la presión según el riesgo y situación clínica del paciente; colchones especiales. Usar dispositivos como apósitos protectores, al-

mohadas, cojines, vendajes almohadillados..., sobre aquellas zonas que soportan mayor presión. Evitar el contacto de las prominencias óseas entre sí.

- n Adecuada higiene de la piel. Mantener la piel limpia y seca. Lavar la piel con agua tibia, aclarando y secando meticulosamente sin friccionar; utilizar jabones de pH neutro; no utilizar ningún tipo de alcoholes (romero, tanino, colonias...) sobre la piel; aplicar cremas hidratantes.
- n Alimentación adecuada. Favorecer una alimentación rica y variada. Estimular la ingesta de líquidos (agua, zumos, infusiones, etc.).

¿Cómo detectar las lesiones de la piel?

Examinando diariamente el estado de la piel (el aseo diario es un buen momento), buscando zonas que se mantienen enrojecidas después de un rato sin estar la persona apoyada sobre ellas o pequeñas heridas, rozaduras, ampollas..., especialmente en las prominencias óseas (sacro, talones, caderas, tobillos, codos, etc.).

Posiciones y lugares más frecuentes que favorecen la aparición de lesiones de la piel

- n Posición decúbito dorsal o supino:
 - ⊗ Occipital.
 - ⊗ Omóplato.
 - ⊗ Codos.
 - ⊗ Sacro.
 - ⊗ Talones.
 - ⊗ Dedos del pie.
- n Posición de decúbito lateral:
 - ⊗ Oreja.
 - ⊗ Costillas.
 - ⊗ Maleolo.
 - ⊗ Acromion (hombro).
 - ⊗ Trocánter.
 - ⊗ Codo.
 - ⊗ Cóndilos.
- n Posición prona o ventral:
 - ⊗ Mejilla.
 - ⊗ Costillas.
 - ⊗ Dedos.
 - ⊗ Acromion.
 - ⊗ Rodillas.
 - ⊗ Cara anterior muslos.
 - ⊗ Órganos genitales y mamas.
- n Posición sentada:
 - ⊗ Tuberosidades isquion.
 - ⊗ Región escapular.
 - ⊗ Codos.
 - ⊗ Talones.
 - ⊗ Coxis.
 - ⊗ Omóplatos.
 - ⊗ Zona poplítea.

UNIDAD DIDÁCTICA 8 / TRANSPARENCIA T_{2.1}

EN QUIÉN APARECEN

Principalmente en personas que sufren en la piel una presión prolongada.

Factores predisponentes

- n Edad avanzada.
- n Inmovilidad y encamamiento prolongado.
- n Incontinencia urinaria y/ o fecal, exceso de humedad.
- n Bajo nivel de conciencia o de estado mental; la persona renuncia a cambiar de postura.
- n Uso de medicamentos: corticoides, citostáticos.
- n Alteraciones circulatorias y vasculares; mal estado de la piel; alteraciones respiratorias; endocrinas y /o nutricionales (malnutrición, deshidratación,...)
- n Afectación mecánica: férulas, yesos, tracciones.
- n Factores psicosociales: depresión, falta de higiene, ausencia de persona cuidadora.

UNIDAD DIDÁCTICA 8 / TRANSPARENCIA T_{2.2}

SEÑALES DE DAÑO EN LA PIEL

Zonas enrojecidas.

Pequeñas heridas.

Rozaduras.

Ampollas.

Aparecen especialmente en prominencias óseas:

- n Sacro.

- n Talones.

- n Caderas.

- n Tobillos.

- n Codos.

UNIDAD DIDÁCTICA 8 / FICHA DEL FORMADOR/A FF₃

PAÑALES: TIPO, TAMAÑOS, COLOCACIÓN DE LOS MISMOS

Cuando aparecen problemas de incontinencia, la necesidad de cuidar la piel aumenta. El uso de los absorbentes (pañales) ayuda a proteger la piel.

Los pañales tienen unas características que es conveniente conocer.

Se entregan varios pañales a las personas participantes para que los vayan tocando mientras se explican y se detallan algunas características de los mismos. Posteriormente se lleva a cabo la colocación de un pañal a una persona en posición sentada y tumbada.

Pañales: Tipos, tamaños, colocación de los mismos

- n Según tipo de incontinencia:
 - ⊗ Ligeras.
 - ⊗ Moderadas.
 - ⊗ Medias.
 - ⊗ Severas.
- n Capacidad de absorción:
 - ⊗ Moderada absorbe más de 600cc.
 - ⊗ Media absorbe más de 900 cc.
 - ⊗ Severa con capacidad de absorción de más de 1.200cc.
- n Tamaños:
 - ⊗ Talla pequeña (cintura 50-80 cm. / cadera 60-90 cm.).
 - ⊗ Talla mediana (cintura 80-125 cm. / cadera 90-135 cm.).
 - ⊗ Talla grande (cintura 100-140 cm. / cadera 110-150 cm.).
- n Formas:
 - ⊗ Rectangular.
 - ⊗ Anatómico.
 - ⊗ Elásticos.
- n Sistema de fijación a la cintura:
 - ⊗ Mediante braga ajustable.
 - ⊗ Mediante dos adhesivos en la parte delantera del pañal.
 - ⊗ Mediante cinturón autoadhesivo de celulosa.
- n Características de los pañales:
 - ⊗ Tienen barreras anti escapes.
 - ⊗ La capa en contacto con la piel lleva una emulsión dermoprotectora.
 - ⊗ Tienen indicadores de absorción del pañal.
 - ⊗ Núcleo absorbente rápido para la orina y capa de absorción reforzada en las zonas donde más se necesitan.
 - ⊗ Facilitan la transpiración de la piel.

UNIDAD DIDÁCTICA 8 / FICHA DEL FORMADOR/A FF₄

MOVILIZACIONES

Se realiza una breve exposición en la que se introducen las bases físicas de las cargas y cómo evitar el dolor en la persona que se va a movilizar. Posteriormente se comienza a trabajar las distintas movilizaciones involucrando poco a poco a todo el grupo para que colaboren en las distintas situaciones.

Movilización y traslado de pacientes

Cuando se va a movilizar a una persona hay que tener en cuenta dos cosas:

- La postura de la persona cuidadora debe ser biomecánicamente correcta.
- Hay que aprovechar el “desplazamiento espontáneo”, es decir, mover a la persona siguiendo los mismos pasos que haría si pudiera moverse independientemente.

Respetando esos dos principios, la movilización será segura tanto para quien cuida como para la persona cuidada.

Hay una serie de reglas básicas a tener en cuenta:

1. Proporcionar una amplia base de sustentación, con los pies separados.
2. Aprovechar el propio centro de gravedad, aproximando la carga al cuerpo.
3. No flexionar la columna y utilizar los músculos de las piernas para moverse y levantarse.
4. Contraer músculos abdominales y glúteos antes de mover un objeto.
5. Reducir al mínimo el roce entre el objeto en movimiento y la superficie sobre la que se mueve.
6. Solicitar la ayuda de otra persona siempre que sea preciso.
7. Siempre es mejor empujar que tirar. En caso de tener que tirar, aprovechar el contrapeso del cuerpo.
8. Explicarle qué movimientos van a efectuarse y solicitar su colaboración. Dar una sola orden, clara y precisa para iniciar el movimiento.

Es muy importante la manera de coger a la persona, ya que si realizamos una mala presa corremos el riesgo de lesionarle. Recordar siempre utilizar la mano plana.

Cambios posturales en la cama

Vueltas laterales: consisten en pasar a la persona desde el decúbito supino al lateral. Se pueden realizar empujando o tirando.

- **Empujando:** Nos acercamos a la persona desde un lateral. Escamoteamos o separamos el brazo alejado. Neutralizamos el brazo cercano, colocándolo encima del abdomen y superponemos la pierna cercana sobre la alejada. En este momento está preparada. Colocamos dos presas con la mano en forma de cuchara en hombro y nalga y empujamos utilizando la fuerza de nuestras piernas.

- n **Tirando:** Escamoteamos brazo cercano y neutralizamos brazo alejado. Superponemos pierna alejada. Colocamos una presa en cuchara en hombro omóplato y otra en nalga y tiramos hacia nosotros aprovechando el peso de nuestro cuerpo.

Paso de decúbito supino a prono.

Para esta maniobra, utilizaremos dos almohadas y precisaremos la ayuda de dos personas. En primer lugar realizaremos una vuelta lateral tirando y le colocaremos perpendicularmente dos almohadas, una debajo del pecho y otra debajo de los muslos.

Una persona cogerá la almohada inferior y la punta inferior de la otra. La otra, cogerá la punta superior de la almohada y hará una presa en el hombro alejado, pasando la mano por debajo del cuello.

Tiraremos de las almohadas con el contrapeso de nuestro cuerpo y, una vez esté girado, estabilizaremos la posición.

Levantar desde la cama a una silla

Paso de decúbito supino a sedestación.

Colocamos una presa en forma de barra bajo los hombros y una cuchara en la cara externa de las piernas, que previamente habremos superpuesto a nivel de las rodillas.

Se pide a la persona que se mire el estómago y en ese momento la hacemos rodar sobre la cama, empujándola horizontalmente con la barra y tirando con la cuchara. Acompañaremos el movimiento para estabilizarla al final.

Para realizar el movimiento contrario, es decir, volver a acostarla, simplemente la desequilibramos desde el hombro y acompañaremos ligeramente el movimiento.

Paso de cama a sillón, silla a silla de ruedas etc...

Lo más importante e imprescindible de esta maniobra es realizar una buena aproximación a la carga, es decir, las presas tienen que asemejarse a un abrazo. Estas presas serán siempre bajo las axilas y colocaremos su cabeza en dirección al movimiento.

Una vez tenemos fijada dicha dirección, la mano alejada la colocaremos a nivel de su omóplato y la cercana en su cintura.

Estabilizamos sus piernas con las nuestras y realizamos un giro hacia la silla en la que queremos pasarle, pivotando sobre nuestros pies.

Esta maniobra se realizará siempre de esta manera, independientemente de si la pasamos desde la cama a un sillón, silla, silla de ruedas, etc.

Al ser ésta una maniobra en la que prácticamente soportamos su peso, es fundamental utilizar nuestro propio peso en el momento del giro para asegurar el movimiento.

Levantar y sentar a una persona caída en el suelo

En el caso de que la persona esté inconsciente o no tenga movilidad ninguna, una persona sola no debería levantarla del suelo. Será por tanto necesario pedir ayuda a otra persona o utilizar ayudas mecánicas.

Si la persona puede moverse y sólo está desorientada o temerosa por la caída, haremos lo siguiente:

- n Le pediremos y ayudaremos, en caso necesario, para que se ponga de lado.
- n A continuación le indicaremos que pase a boca abajo y que intente colocarse en posición de cuadrupedia.
- n En ese momento le daremos apoyo para sus brazos y le indicaremos que pase a posición de caballero sirviente.
- n En ese momento la ayudamos a incorporarse.

UNIDAD DIDÁCTICA 8 / BIBLIOGRAFÍA

- Sobre el cuidado a personas mayores dependientes. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.
<http://www.segg.es/segg/html/cuidadores/cuidado.htm>
- Rodríguez M, Malia R, Barba A. Nociones básicas acerca de las úlceras por presión y su prevención. Guía para los cuidadores de pacientes inmovilizados. http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hpm/descargas/enfermeria/guia_pacientes_cuidadores.pdf
- Oltra E, et al. Cirugía menor para profesionales de enfermería. Capítulo 3. Ed. EDIMSA 2002.
- Mirón Ortega D, et al. Guía de prevención y cuidados de úlceras por presión. Ed. Principado de Asturias (Consejería de Servicios Sociales)
- Todas las respuestas sobre la incontinencia. (Folleto Lindor Ausonia) Para uso profesional Ed. Arbor & Ausonia, S.L.U. 2005
- Dotte P.Vol I. Método de manutención manual de los enfermos Vol 1º: Ergomotricidad en el ámbito sanitario: generalidades y educación gestual específica. 5ª Edición. Ed. Masson. 2005.
- Dotte P.Vol II. Método de manutención manual de los enfermos. Ergomotricidad en el ámbito sanitario. Aplicaciones clínicas .2ª Edición. Ed. Masson. 1999.

UNIDAD DIDÁCTICA 9

CUIDAR DE LA PROPIA SALUD. RECURSOS SOCIALES

- n Introducción.
- n Objetivos.
- n Contenidos.
- n Desarrollo metodológico.

- n **Ficha del formador/a FF₁: CONCEPTO DE SALUD, FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD.**
 - Ficha de Trabajo FT₁: CONCEPTO DE SALUD Y FACTORES QUE INFLUYEN.
 - Transparencia T_{1,1}: CONCEPTO DE SALUD.
 - Transparencia T_{1,2}: DETERMINANTES DE SALUD.
 - Transparencia T_{1,3}: QUÉ BENEFICIA NUESTRA SALUD.

- n **Ficha del formador/a FF₂: ORGANIZACIÓN DEL TIEMPO Y PLAN DE ACTIVIDADES.**
 - Ficha de Trabajo FT₂: ORGANIZACIÓN DEL TIEMPO Y PLAN DE ACTIVIDADES.

- n **Ficha del formador/a FF₃: RECURSOS SOCIALES PARA LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DEPENDIENTES Y A SUS FAMILIAS CUIDADORAS.**

- n Bibliografía.

INTRODUCCIÓN

Cuidar de otra persona implica una serie de exigencias que pueden perjudicar notablemente a la persona cuidadora desde un punto de vista físico, psicológico y social.

Algunas veces, en la tarea de cuidar, se descuidan aquellas actividades que permiten recuperarse del cansancio y de las tensiones de cada día.

Las personas cuidadoras que mejor se sienten son las que mantienen unos hábitos de vida saludables, que fomentan su salud física, psicológica y sus relaciones con el entorno.

OBJETIVOS

- Definir qué se entiende por salud y factores que influyen en la misma.
- Reflexionar y tomar conciencia sobre la importancia de cuidar nuestra salud.
- Identificar qué beneficia nuestra salud y qué actividades realizar para cuidar la salud.
- Conocer los recursos sociales de la Comunidad Autónoma y el acceso a ellos.

CONTENIDOS

- Concepto de salud y factores determinantes.
- Importancia de cuidar nuestra salud: alimentación adecuada, descanso, hacer ejercicio regularmente, evitar el aislamiento, mantener aficiones o intereses, organizar el tiempo.
- Elaboración de un plan de actividades que permita el autocuidado.
- Tipo de recursos sociales y acceso a ellos.

DESARROLLO METODOLÓGICO: Tiempo aproximado 120 minutos

CONTENIDO	TÉCNICA	DESARROLLO METODOLÓGICO	MATERIAL	TIEMPO minutos
1ª Recuerdo de ideas clave de la UD anterior.	Exposición participada.	Se invita a las personas participantes a exponer las ideas claves de la UD anterior y ayudarlas si no las recuerdan.		5
2ª Concepto de salud y factores determinantes.	Trabajo grupal, puesta en común. Exposición.	En grupos de dos o tres personas se trabaja la FT₁ ; CONCEPTO DE SALUD Y FACTORES QUE INFLUYEN . Después, se realiza la puesta en común. Mediante exposición de la persona formadora se completa la definición de salud, los factores determinantes de ella y los beneficios que tiene cuidarla.	FF₁ ; CONCEPTO DE SALUD, FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD. FT₁ ; CONCEPTO DE SALUD Y FACTORES QUE INFLUYEN. T_{1,1} ; CONCEPTO DE SALUD. T_{1,2} ; DETERMINANTES DE SALUD. T_{1,3} ; ¿QUE BENEFICIA NUESTRA SALUD.	15
3ª Organización del tiempo y plan de actividades.	Trabajo individual.	Se entrega la FT₂ ; ORGANIZACIÓN DEL TIEMPO Y PLAN DE ACTIVIDADES . Se trabaja individualmente o por parejas. La ficha consta de dos tartas. La primera tarta la tienen que ir dividiendo en trozos proporcionales al tiempo que dedican a cada tarea, limpiar la casa, preparar la comida, asear a la persona cuidada, pasear... etc. La segunda tarta la repartirán en aquellas que les gustaría hacer. Posteriormente, tienen que priorizar (según la importancia para cada persona) las tareas y el tiempo dedicado a ellas, para aproximar ambas tartas.	FF₂ ; ORGANIZACIÓN DEL TIEMPO Y PLAN DE ACTIVIDADES FT₂ ; ORGANIZACIÓN DEL TIEMPO Y PLAN DE ACTIVIDADES.	20
DESCANSO 10 minutos				
4ª Recursos sociales.	Exposición participada.	Exposición de la persona formadora sobre los recursos sociales para la atención a las personas en situación de dependencia y el acceso a ellos.	FF₃ ; RECURSOS SOCIALES PARA LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DEPENDIENTES Y A SUS FAMILIAS CUIDADORAS.	40
5ª Ideas clave.	Exposición participada.	A lo largo de la UD, la persona formadora irá recogiendo las ideas clave, con ellas se finalizará la UD.		10
6ª Evaluación del taller y despedida.	Individual.	Se entrega el Anexo IV: EVALUACIÓN DEL TALLER.		20

UNIDAD DIDÁCTICA 9 / FICHA DEL FORMADOR/A FF₁

CONCEPTO DE SALUD, FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD

En grupos de dos o tres personas se trabaja la **FT₁**: CONCEPTO DE SALUD Y FACTORES QUE INFLUYEN. Después se realiza la puesta en común.

Mediante una exposición participada se completa la definición de salud, los factores determinantes de ella y los beneficios que tiene cuidarla.

Material de apoyo:

- **Transparencia T_{1,1}**: CONCEPTO DE SALUD.
- **Transparencia T_{1,2}**: DETERMINANTES DE SALUD.
- **Transparencia T_{1,3}**: QUÉ BENEFICIA NUESTRA SALUD.

Definición de salud (OMS)

“Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de dolencia o enfermedad”.

Factores determinantes de nuestra salud

La salud es el resultado de diversos factores, entre los cuales los servicios sanitarios son sólo responsables de una parte de la misma. Sobre un sustrato definido por las características genéticas que heredamos, el que estemos o no sanos está determinado por el medio ambiente en que desarrollamos nuestra vida, por nuestra alimentación, por nuestros ingresos y consumo, así como por el nivel educativo y por nuestras relaciones sociales.

1. Estilo de vida

El estilo de vida individual depende en gran parte de otros factores determinantes de la salud, como la cultura, el empleo, la educación, los ingresos y los círculos sociales. Son ejemplos de estilos de vida negativos para la salud el uso de drogas, el sedentarismo, alimentación inadecuada, estrés, conducción peligrosa, mala utilización de los servicios sanitarios.

2. Factores socioeconómicos determinantes de la salud –Desigualdades sanitarias

El estatus socioeconómico es un importante factor determinante del estatus sanitario. La gente más pobre, con menos formación o con un nivel laboral más bajo, tiende a tener peor salud.

3. Medio ambiente

El entorno físico es un ecosistema en constante interacción con las personas y su estabilidad está estrechamente vinculada al bienestar de estas últimas.

4. Genética

Los factores genéticos son factores determinantes de la salud cuyo ámbito excede la acción en el campo de la salud pública.

Qué beneficia nuestra salud

- n Tener una alimentación saludable.
- n Descansar.
- n Hacer ejercicio regularmente.
- n Evitar el aislamiento.
- n Mantener aficiones o intereses.
- n Organizar el tiempo para vivir mejor.

Para mantener y/o mejorar nuestra calidad de vida debemos de cuidar nuestra salud; para ello tenemos que adoptar hábitos saludables.

Unos hábitos de vida saludables consisten en una buena alimentación, variada y en cantidades moderadas a nuestra edad y actividad, una buena hidratación con la ingestión de agua y zumos, realizar ejercicio diario para lo que no hace falta plantearse una fuente adicional de agobio o de pérdida de tiempo, caminar es una de las formas más sencillas de hacer ejercicio, aprovechando las salidas necesarias a la calle (para comprar, hacer gestiones, papeleos etc.), incluso dando un rodeo para caminar más tiempo.

También es muy importante evitar el aislamiento, relacionándose con otras personas que proporcionan experiencias positivas como diversión y entretenimiento, intimidad, empatía y comprensión, apoyo emocional y desahogo de tensiones. También ayudan a aliviar la sensación de sobrecarga y estrés de la persona cuidadora y potencian la fuerza y energía, favorecen el bienestar emocional y aumentan la autoestima de la persona.

Descansar y mantener las aficiones o intereses anteriores o recuperarlos es otro factor importante para mejorar nuestra salud.

La organización de nuestro tiempo será un paso necesario para conseguir la mejora de nuestra calidad de vida. Intentar combinar de la mejor manera posible nuestras obligaciones, necesidades y cantidad de tiempo del que se dispone es algo que, sin duda, puede ayudar a aprovechar mejor el tiempo y, como consecuencia, a vivir mejor.

Ventajas del cuidado de la salud

Fisiológicos

- n Mejora del estado general de las personas.
- n Sensación de bienestar físico, de "estar en forma".
- n Efectos positivos para los sistemas cardiovascular, respiratorio.
- n Mejora de la independencia personal.
- n Mejora la agilidad, la flexibilidad corporal, el equilibrio y la coordinación.
- n Previene o mejora problemas reumáticos, diabetes, trastornos cardiovasculares.
- n Control del peso y mejora o mantenimiento de niveles adecuados de colesterol.
- n Disminuye los efectos negativos del estrés.
- n Mejora el sueño.

Psicológicos

Relajación, mejora el estado de ánimo, atenuación de la ansiedad y del estrés, mejora la autoimagen, favorece la sensación de control sobre la propia vida, potencia el funcionamiento cognitivo e intelectual, favorece la psicomotricidad.

Sociales

Favorece la creación de nuevas amistades y amplía las redes sociales de apoyo, mejora la integración cultural y social de las personas.

UNIDAD DIDÁCTICA 9 / FICHA DE TRABAJO FT₁

CONCEPTO DE SALUD Y FACTORES QUE INFLUYEN

1. ¿Qué creen que es tener salud?

.....
.....

2. Piensen ahora en lo que hacen habitualmente. ¿Qué creen que beneficia su salud y qué creen que la perjudica?

Benefician mi salud:

1.....
2.....
3.....
4.....
5.....

Perjudican mi salud:

1.....
2.....
3.....
4.....
5.....

UNIDAD DIDÁCTICA 9 / TRANSPARENCIA T_{1.1}

CONCEPTO DE SALUD. OMS

Estado de completo bienestar físico, mental, social, y no solamente la ausencia de dolencias o enfermedad.

UNIDAD DIDÁCTICA 9 / TRANSPARENCIA T_{1,2}

DETERMINANTES DE SALUD

n Estilo de vida.

n Factores socioeconómicos.

n Entorno.

n Genética.

UNIDAD DIDÁCTICA 9 / TRANSPARENCIA T_{1.3}

QUÉ BENEFICIA NUESTRA SALUD

- n Alimentación saludable.

- n Descansar.

- n Hacer ejercicio regularmente.

- n Evitar el aislamiento.

- n Mantener aficiones o intereses.

- n Organizar el tiempo.

UNIDAD DIDÁCTICA 9 / FICHA DEL FORMADOR/A FF₂

ORGANIZACIÓN DEL TIEMPO Y PLAN DE ACTIVIDADES

Se entrega la **FT₂: ORGANIZACIÓN DEL TIEMPO Y PLAN DE ACTIVIDADES**. Se trabaja individualmente o por parejas. Con esta ficha se pretende que reflexionen sobre todas las tareas que realizan en el día, el tiempo dedicado a ellas y las contrasten con aquéllas que les gustaría hacer.

La ficha consta de dos tartas. La primera tarta la tienen que ir dividiendo en partes proporcionales al tiempo que dedican a cada tarea, limpiar la casa, preparar la comida, asear a la persona cuidada, pasear... etc. La segunda tarta la repartirían en aquéllas que les gustaría hacer. Posteriormente, tienen que priorizar (según la importancia para cada persona) las tareas y el tiempo dedicado a ellas, para aproximar ambas tartas.

Cómo organizar el tiempo

- Preguntarse “¿Es necesario hacer esto?”. De esta forma se puede decidir qué actividades son importantes y, por el contrario, a qué actividades se puede decir “no”.
- Marcarse objetivos realistas antes de comprometerse.
- Contar con la familia. Consultarles, pedir su opinión, ver en qué pueden ayudarnos e incluir esta ayuda en nuestro plan de vida.
- Hacer partícipe a la persona que se cuida de los cambios y decisiones.
- Elaborar un plan de actividades.

Cómo hacer un plan de actividades

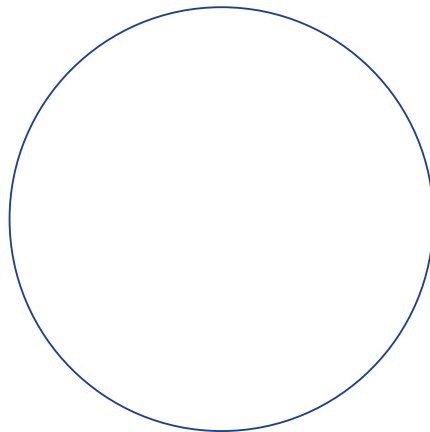
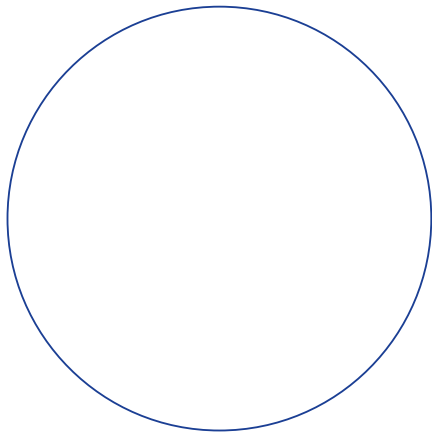
1. Hacer una lista de todas las tareas que se deben realizar.
2. Ordenar las actividades según la importancia para cada persona, empezando por las más importantes.
3. Anotar para cada tarea el tiempo aproximado que necesita dedicarle.
4. Hacer otra lista con las actividades que le gustaría realizar.
5. Ordenar estas últimas según su importancia para ella.
6. Anotar para cada actividad el tiempo aproximado que necesita para realizarla.
7. Hacer una única lista con las tareas que deben realizar y las que le gustaría realizar, siguiendo un orden de importancia.
8. Si no hay tiempo para todas las tareas y actividades que ha anotado, posponer para otro momento las que están en los últimos lugares de la lista y cuando se disponga de tiempo extra, hacerlas.

UNIDAD DIDÁCTICA 9 / FICHA DE TRABAJO FT₂

ORGANIZACIÓN DEL TIEMPO Y PLAN DE ACTIVIDADES

Dividir esta tarta con las tareas diarias,
según el tiempo dedicado a ellas.

Dividir esta otra en aquellas
actividades que les gustaría realizar.



Piensen ahora y escriban, ¿cómo podrían aproximar ambas tartas?

.....

.....

.....

UNIDAD DIDÁCTICA 9 / FICHA DEL FORMADOR/A FF₃

Exposición participativa del tipo de recursos sociales y el acceso a ellos.

RECURSOS SOCIALES PARA LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DEPENDIENTES Y A SUS FAMILIAS CUIDADORAS**1) SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO****Definición**

El servicio de Ayuda a Domicilio, regulado por el Decreto 41/2000, de 18 de mayo, se define como un programa de atención individualizado dirigido a personas o grupos familiares dependientes o en riesgo de dependencia, que contribuye al mantenimiento de las mismas en su medio habitual, facilitando la autonomía funcional mediante apoyos de carácter personal, doméstico o social, prestados preferentemente en su domicilio o entorno más próximo.

Se entiende por personas dependientes aquellas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de capacidad física, psíquica, sensorial o intelectual, requieren o tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes para realizar las actividades de la vida diaria.

Objetivos

- Prevenir y evitar el internamiento innecesario de personas que, con una alternativa adecuada, puedan permanecer en su medio habitual.
- Favorecer en la persona usuaria el desarrollo de sus capacidades personales y hábitos de vida saludable.
- Atender situaciones coyunturales de crisis personal o familiar que afecten a la autonomía personal o social.
- Favorecer la participación de la persona usuaria en la vida de la comunidad.
- Colaborar con las familias en la atención a las personas dependientes
- Potenciar las relaciones sociales y las actividades en el entorno comunitario, paliando así los posibles problemas de aislamiento y soledad.
- Mejorar el equilibrio personal del individuo, su familia y de su entorno mediante el refuerzo de los vínculos familiares, vecinales y de amistad.

Personas usuarias

Podrán ser usuarios/as de la prestación de Ayuda a Domicilio todas aquellas personas o grupos familiares residentes en el Principado de Asturias que se encuentren en una situación de dependencia que les impida satisfacer sus necesidades personales y sociales por sus propios medios y requieran asistencia para continuar en su domicilio habitual.

Actuaciones básicas

El servicio de Ayuda a Domicilio contempla todas o alguna de las siguientes actuaciones:

- Actuaciones de apoyo doméstico.
- Actuaciones de apoyo personal.
- Actuaciones de apoyo psico-social.
- Actuaciones de apoyo socio-comunitario.
- Actuaciones de apoyo a la familia o cuidadores/as informales.
- Actuaciones de apoyo técnico en la vivienda, teleasistencia y telealarma.

Sistema de acceso

La tramitación del Servicio de Ayuda a Domicilio se realiza, previa presentación de la solicitud, en los Servicios Sociales Municipales donde resida la persona beneficiaria.

2) TELEASISTENCIA DOMICILIARIA

Definición

La Teleasistencia Domiciliaria es un servicio que, a través de la línea telefónica y con un equipamiento de comunicaciones e informático específico, ubicado en un centro de atención y en el domicilio de la persona usuaria, permite, pulsando el botón de un medallón o reloj que llevan constantemente puesto, entrar en contacto desde cualquier lugar de su domicilio, durante las 24 horas del día, con un centro atendido por profesionales, desde el cual se atiende a la persona usuaria de forma personalizada y se movilizan los recursos necesarios para dar repuesta a la necesidad planteada.

El servicio de Teleasistencia Domiciliaria tiene una función asistencial ante situaciones de urgencia y, a la vez, una función preventiva que surge de la seguridad y tranquilidad que proporciona a las personas usuarias del servicio, el saber que ante cualquier situación de riesgo van a estar atendidas.

Objetivos

- Garantizar la intervención inmediata en crisis personales, sociales o médicas.
Posibilitar la integración y mantenimiento de la persona en el medio habitual de vida.
- Evitar internamientos innecesarios.

Personas usuarias

Este servicio va dirigido a personas mayores y/o con discapacidad que viven o pasan largo tiempo solas en el domicilio.

Actuaciones básicas

Mediante este servicio se proporciona asistencia inmediata en el domicilio, durante las 24 horas del día, ante situaciones de angustia y soledad, caídas, emergencias sanitarias, fuego en la vivienda, etc.

Se complementan con servicios de "agenda de usuario/a" que permiten a la persona usuaria recordar la necesidad de realizar una actividad concreta en un momento predeterminado, como por ejemplo: tomar una medicación, efectuar una gestión, etc.

Sistema de acceso

La tramitación del Servicio de Teleasistencia Domiciliaria se realiza, previa presentación de la solicitud, en los Servicios Sociales Municipales donde resida la persona beneficiaria.

3) CENTROS SOCIALES DE PERSONAS MAYORES

Definición

Los centros sociales de personas mayores son recursos gerontológicos abiertos a la comunidad que se dirigen a promover el envejecimiento activo, favoreciendo el desarrollo personal, la convivencia y la participación social.

Objetivos

- Favorecer hábitos saludables y actitudes positivas hacia el envejecimiento.
- Impulsar la participación social activa y la integración de las personas mayores en la comunidad.
- Avanzar en la capacitación y autodeterminación de las personas mayores.
- Facilitar una ocupación diversificada y significativa del tiempo libre.
- Impulsar y dinamizar las relaciones sociales.
- Facilitar el acceso a la cultura, a la formación permanente y el uso de las nuevas tecnologías.
- Mejorar la imagen social de las personas mayores ofreciendo modelos positivos y no estereotipados en torno a cómo envejecer.

Personas usuarias

Personas mayores de la comunidad.

ÁREAS Y PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

Promoción de la salud

- Programas de envejecimiento saludable y positivo.
- Talleres ocupacionales.
- Formación en hábitos saludables.
- Actividades de estimulación y mantenimiento físico.
- Actividades de estimulación y mantenimiento cognitivo.
- Talleres para la mejora psicoafectiva.

Participación social e integración en la comunidad

- Programas de desarrollo de habilidades para la participación.
- Programas de voluntariado.
- Programas de intercambio generacional.

Ocio-cultura-educación

- Programas de formación permanente.
- Programas de acercamiento a las nuevas tecnologías.
- Programas culturales.
- Programas de ocio recreativo.

Sistema de acceso

Para acceder a este recurso dirigirse directamente a cada Centro Social de Personas Mayores.

4) CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

Definición

Centros gerontológicos socioterapéuticos de apoyo a la familia que durante el día prestan atención a las necesidades básicas, terapéuticas y sociales de la persona mayor dependiente, promoviendo su autonomía y una permanencia adecuada en su entorno habitual.

Objetivos

- Favorecer la permanencia en el medio habitual de la persona mayor dependiente mejorando la calidad de vida del núcleo familiar de convivencia.
- Proporcionar respiro y apoyo a las familias.
- Proporcionar atención integral a las personas mayores de un modo individualizado según las propias necesidades.

Personas usuarias

Personas mayores dependientes.

Servicios y programas

- Manutención.
- Transporte.
- Asistencia en las AVD (Actividades de la Vida Diaria).
- Cuidados para la salud.
- Programas de intervención terapéutica.
- Programas socio-recreativos.
- Programas de intervención con familias.
- Programas de intervención ambiental.
- Programas de formación a los cuidadores profesionales.

Sistema de acceso

Para acceder a este recurso dirigirse a los Servicios Sociales Municipales.

5) CENTRO RURAL DE APOYO DIURNO A PERSONAS MAYORES

Definición

Centros gerontológicos de carácter integrador, preventivo y asistencial que durante el día prestan atención a las personas mayores promoviendo su autonomía y una permanencia adecuada en su entorno habitual.

Objetivos

- Favorecer la permanencia en el medio habitual de la persona mayor.
- Fomentar la relación e integración social de las personas mayores que viven aisladas.
- Proporcionar respiro y apoyo a las familias.
- Proporcionar atención integral a las personas mayores de un modo individualizado según las propias necesidades.

Usuario/as

Personas mayores dependientes o con necesidades sociales.

Servicios y programas

- Manutención.
- Transporte.
- Asistencia en las AVD (Actividades de la Vida Diaria).
- Programas de estimulación y mantenimiento psicofísico.
- Programas socio-recreativos.
- Programas de orientación y formación a familias cuidadoras.

Sistema de acceso

Para acceder a este recurso dirigirse a los Servicios Sociales Municipales.

6) ACOGIMIENTO FAMILIAR PARA PERSONAS MAYORES

Definición

Recursos que, a través de ayudas económicas, permiten a la persona mayor, que debido a diferentes situaciones debe optar por dejar su casa, convivir con una familia de su comunidad, posibilitando la elección de un modelo de convivencia organizado en torno a un núcleo familiar cercano a su lugar habitual de residencia.

Objetivos

Proporcionar alojamiento a personas mayores que ya no pueden vivir en su casa:

- Posibilitando un modo de vida cercano al modelo familiar.
- Evitando el desarraigo del propio medio.
- Favoreciendo la integración en la comunidad.
- Proporcionando atención integral a las personas mayores de un modo individualizado según las propias necesidades.

Personas usuarias

Personas mayores dependientes o en situación de necesidad social.

Servicios y programas

- Alojamiento.
- Manutención.
- Asistencia en AVD (Actividades de la Vida Diaria).
- Atención en cuestiones domésticas y personales.

Sistema de acceso

Para acceder a este recurso dirigirse a los Servicios Sociales Municipales.

7) VIVIENDAS TUTELADAS PARA PERSONAS MAYORES

Definición

Recursos de alojamiento para personas mayores que debido a diferentes situaciones deben optar por dejar su casa y que permiten elegir un tipo de vivienda más próxima y cercana a su modo de vida habitual, ofreciendo un modelo diferente al institucional.

Objetivos

- Proporcionar alojamiento a personas mayores que ya no pueden vivir en su casa.
- Posibilitando un modo de vida lo más parecido posible al habitual.
- Evitando el desarraigo del propio medio.
- Favoreciendo la integración en la comunidad.
- Proporcionando atención integral a las personas mayores de un modo individualizado según las propias necesidades.

Personas usuarias

Personas mayores dependientes o con necesidades sociales.

Servicios y programas

- Alojamiento.
- Manutención.
- Asistencia en las AVD (Actividades de la Vida Diaria).
- Atención en cuestiones domésticas y personales.

Sistema de acceso

Para acceder a este recurso dirigirse a los Servicios Sociales Municipales.

8) RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES

Definición

Centros gerontológicos abiertos, de desarrollo personal y atención sociosanitaria interdisciplinar, en los que viven temporal o permanentemente personas mayores dependientes o con necesidades sociales.

Objetivos

- Proporcionar alojamiento y atención integral a personas mayores con y falta de apoyo social suficiente de modo que ya no pueden vivir en su medio habitual.
- Proporcionar atención integral a las personas mayores de un modo individualizado según las propias necesidades.
- Establecer cuidados complementarios a los familiares en situaciones que así lo demanden.

Personas usuarias

Personas mayores en situaciones de dependencia funcional o con necesidades sociales.

Servicios y programas

- Alojamiento y manutención.
- Asistencia en las AVD (Actividades de la Vida Diaria).
- Cuidados sanitarios.
- Programas de intervención terapéutica.
- Programas socio-recreativos.
- Programas de intervención con familias.
- Programas de intervención ambiental.
- Programas de formación a los cuidadores profesionales.

Sistema de acceso

Para acceder a este recurso dirigirse a los Servicios Sociales Municipales.

9) ESTANCIAS TEMPORALES EN RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES

Definición

Estancias en centros residenciales u otros alojamientos alternativos, durante un periodo limitado de tiempo, en general no superior a tres meses, para cubrir necesidades transitorias bien de las personas mayores o bien de sus familias cuidadoras.

Objetivos

- Posibilitar la permanencia de la persona mayor en su medio ofreciéndole alojamiento durante un periodo de tiempo transitorio.
- Proporcionar atención integral a las personas mayores de un modo individualizado según las propias necesidades.
- Proporcionar respiro y apoyo a las familias.

Personas usuarias

Personas mayores en situaciones -permanentes o transitorias- de dependencia funcional.

Servicios y programas

Deben ser similares a los que se ofrecen a las personas con alojamiento definitivo; entre ellos se deben incluir:

- Alojamiento y manutención.
- Asistencia en las AVD (Actividades de la Vida Diaria).
- Cuidados sanitarios.
- Programas de intervención terapéutica.
- Programas socio-recreativos.
- Programas de intervención con familias.
- Programas de intervención ambiental.
- Programas de formación a los cuidadores profesionales.

Sistema de acceso

Para acceder a este recurso dirigirse a los Servicios Sociales Municipales.

10) CENTROS POLIVALENTES DE RECURSOS

Definición

Centros gerontológicos que ofrecen, de manera integrada y flexible, una variada gama de prestaciones y servicios tales como alojamiento temporal o permanente, centro de día, apoyos en el domicilio, formación u otros ajustados a las necesidades de las personas mayores y de sus familias, de manera que se garantice la continuidad de cuidados sin producir desarraigos territoriales.

Objetivos

- Proporcionar integradamente un conjunto de recursos y servicios a las áreas geográficas.
- Proporcionar respiro y apoyo a las familias.
- Ofrecer atención integral a las personas mayores de un modo individualizado.
- Favorecer la formación y especialización de los profesionales relacionados con la atención a mayores.

Usuario/as

Personas mayores de la comunidad -dependientes y no dependientes-, familias y profesionales.

Módulos

- M. Alojamiento (Vivienda tutelada o Miniresidencia).
- M. Centro de Día.
- M. Centro de Orientación y asesoramiento a personas mayores y familias.
- M. Centro Social.
- M. Recursos de apoyo comunitario: comidas y lavandería a domicilio.
- M. Centro de formación para profesionales.

Sistema de acceso

Para acceder a este recurso dirigirse a los Servicios Sociales Municipales.

11) PROGRAMA DE APOYO EN EL ENTORNO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Definición

Programa orientado a apoyar a las personas con discapacidad favoreciendo condiciones de inclusión que les permitan acceder y disfrutar de los recursos normalizados o específicos existentes y necesarios para su desarrollo personal.

Objetivos

Favorecer la permanencia de la persona con discapacidad en su propio entorno, prestando de forma temporal apoyos flexibles y especializados a éstas y/o a sus familias.

Personas usuarias

Personas con discapacidades y sus familias.

ACTUACIONES FUNDAMENTALES QUE INCLUYE EL PROGRAMA

Subprogramas:

- Intervención familiar.
- Apoyo en el medio.
- Vida independiente.

Servicios:

- Acompañamiento.
- Canguro.
- Mediadores familiares.
- Profesionales de apoyo a los programas de vida independiente (dirigidos básicamente a labores de gestión, asesoramiento y seguimiento de usuarios/as).
- Apoyo económico puntual y complementario a otras intervenciones sociales.

Sistema de acceso

Para acceder a este recurso dirigirse a los Servicios Sociales Municipales.

12) CENTRO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Definición

Son recursos especializados de atención y formación para las personas adultas con discapacidades, cuyo objetivo es favorecer tanto la integración socio-laboral como la promoción del desarrollo personal e independencia de las mismas, mediante la elaboración de planes personalizados de apoyo.

Objetivos

- Apoyo para la integración socio laboral de las personas con discapacidad.
- Fomento de la participación comunitaria.
- Promoción del desarrollo personal e independencia.
- Orientación y apoyo familiar.

Personas usuarias

Personas con discapacidades con una edad comprendida, generalmente, entre los 18 y 50 años.

ÁREAS Y PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

Formativo/ocupacional

- Programas de orientación personal y laboral.
- Programas de formación pre-laboral.
- Programas ocupacionales.

Autonomía funcional y salud

- Programas de desarrollo de la autonomía personal en la vida cotidiana.
- Programas de estimulación y mantenimiento psicofísico.
- Programas de apoyo al envejecimiento positivo.

Desarrollo social, integración y participación comunitaria

- Programas de promoción de la autodeterminación y habilidades de participación.
- Programas de educación afectivo-sexual.
- Programas de participación comunitaria.
- Programas de voluntariado.

Familia

- Programas orientación y apoyo familiar.

Sistema de acceso

Para acceder a este recurso dirigirse a los Servicios Sociales Municipales.

13) ALOJAMIENTO TEMPORAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Definición

Son aquellos recursos destinados a dar alojamiento temporal a personas con discapacidades bajo una de las modalidades siguientes:

- En fines de semana o en periodos vacacionales, durante un tiempo máximo de un mes, bien para posibilitar el descanso familiar o bien para posibilitar que la persona con discapacidades participe en programas de participación comunitaria.
- En los periodos de tiempo que se considere necesario ante situaciones socio-familiares valoradas como graves y urgentes.

Objetivos

- Proporcionar descanso a las familias así como el apoyo necesario ante situaciones de urgencia.
- Desarrollar la autonomía personal y la independencia de la persona con discapacidades.
- Promocionar su participación en la vida social y comunitaria.

Personas usuarias

Personas con discapacidades.

Servicios y programas de intervención

- Alojamiento.
- Manutención.
- Asistencia en las Actividades de la Vida Diaria.
- Programas de promoción de la salud.
- Programas dirigidos a favorecer la adaptación e integración social de la persona con discapacidad.
- Programas de participación familiar.

Sistema de acceso

Para acceder a este recurso dirigirse a los Servicios Sociales Municipales.

14) PISOS Y VIVIENDAS TUTELADAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Definición

Recursos destinados a dar alojamiento permanente a personas con discapacidades con una situación sociofamiliar que les impide vivir con su familia o en su lugar habitual de residencia, ofreciendo un modelo de convivencia normalizado y organizado en núcleos convivenciales pequeños.

Objetivos

- Posibilitar un modo de vida lo más normalizado posible.
- Favorecer la integración en la comunidad.
- Posibilitar una atención integral a través de programas individuales.

Usuario/as

Personas adultas con discapacidades.

Servicios y programas de intervención

- Alojamiento.
- Manutención.
- Asistencia en las Actividades de la Vida Diaria.
- Programas de promoción de la salud.
- Programas dirigidos a favorecer la adaptación e integración social de la persona con discapacidad.
- Programas de participación familiar.

Sistema de acceso

Para acceder a este recurso dirigirse a los Servicios Sociales Municipales.

15) CENTRO ASESOR DE AYUDAS TÉCNICAS

Definición

Centro de asesoramiento a la ciudadanía en materia de Ayudas Técnicas.

Objetivos

Promover la accesibilidad integral y el diseño universal.

Usuario/as

- Ciudadanos/as en general, y de manera especial, a personas mayores y personas con discapacidad.
- Profesionales (Servicios Sociales, Sanidad, Educación, Vivienda...).
- Instituciones y entidades (Ayuntamientos, Movimiento Asociativo, Colegios Profesionales...).

Servicios y cometidos

- Evaluación individualizada de las necesidades personales de Ayudas Técnicas.
- Información y asesoramiento sobre Ayudas Técnicas.
- Información y asesoramiento sobre la adaptación funcional del hogar.
- Colaboración con instituciones y entidades en el desarrollo de proyectos de mejora de la accesibilidad.
- Desarrollo de campañas informativas y de sensibilización.
- Documentación especializada en ayudas técnicas.
- Exposición permanente de Ayudas Técnicas.
- Formación en el manejo de Ayudas Técnicas.

Sistema de acceso

Para acceder a este recurso dirigirse directamente al Centro Asesor de Ayudas Técnicas (CAAT).

UNIDAD DIDÁCTICA 9 / BIBLIOGRAFÍA

- Echauri M, Pérez M. J. Estilos de vida. Promoción de Salud. Acciones colectivas y comunitarias. Instituto de Salud Publica. Gobierno de Navarra. <http://www.cfnavarra.es/isp/promocion/textos/EstilosVida-Prof.html>
- Pérez M. J, Echauri M. Cuidar y cuidarse. Instituto de Salud Publica. Gobierno de Navarra. <http://www.cfnavarra.es/isp/promocion/textos/cuidar.html>
- Pérez M. J, Echauri M. Estilos de vida. El estrés. Instituto de Salud Publica. Gobierno de Navarra. <http://www.cfnavarra.es/isp/promocion/textos/Estres.html>
- Echauri M, Pérez M. J. Estilos de vida. La alimentación. Instituto de Salud Publica. Gobierno de Navarra. <http://www.cfnavarra.es/isp/promocion/textos/Alimentacion.html>
- Echauri M, Pérez M. J. Estilos de vida. El ejercicio. Instituto de Salud Publica. Gobierno de Navarra. <http://www.cfnavarra.es/isp/promocion/textos/Ejercicio.html>
- Cuidar la propia salud. Sociedad Española de geriatría y Gerontología. http://www.segg.es/segg/html/cuidadores/cuidador/cuidar_propia_salud.htm
- Consejería de Vivienda y Bienestar Social del Principado de Asturias. Mapa Asturiano de Servicios Sociales (2005). Gobierno del Principado de Asturias.

ORGANIZACIÓN FUNCIONAL DEL SERVICIO

EDUCACIÓN PARA LA SALUD A GRUPOS Y ACTIVIDADES COMUNITARIAS: PERSONAS CUIDADORAS

Coordinación: Enfermera de Atención Primaria formada en educación grupal con personas cuidadoras.

Tamaño del grupo: 10-12 personas

Unidades Didácticas: 9

Duración: 2 horas, un día a la semana.

La implantación de la intervención grupal en las Áreas Sanitarias deberá tener en cuenta el personal de enfermería formado y el número de personas cuidadoras que soliciten participar en el taller.

Captación y acceso al grupo de apoyo

Captación

1- En Atención Primaria

En la consulta médica, de enfermería y trabajo social, que tengan lugar tanto en el Centro de Salud como en el domicilio, se ofrecerá la participación en el taller a todas las personas cuidadoras. Aquellas personas que quieran participar serán remitidas **por el personal del centro de Salud** a la enfermera responsable de dicho servicio en el Centro de Salud, mediante el **Anexo I**. Cuando la enfermera responsable se encuentre en otro Centro de Salud o consultorio, este anexo se enviará mediante FAX.

2- Desde Atención Especializada y Salud Mental

En este nivel, se informará a las personas cuidadoras de la puesta en marcha de este Servicio y de los Centros de Salud en los que se ofrece.

3- Desde los Servicios Sociales Municipales

Los/as trabajadores/as sociales pueden captar y derivar personas cuidadoras a la enfermera del Centro de Salud responsable de la coordinación del taller.

4- Otras formas de difusión y captación: a través de las Asociaciones de Mujeres, Asociaciones de Mayores, Asociaciones de familiares, cuñas de radio, carteles, charlas, etc.

Acceso y selección de participantes

Previo incorporación al grupo, las personas interesadas realizarán una entrevista con la enfermera coordinadora con el fin de obtener información acerca de su situación como cuidadora, desde cuándo cuida, qué tipo de cuidados presta, si dispone de ayuda y cómo ha afectado a su vida el hecho de cuidar a una persona dependiente. Para disponer de este conocimiento, proponemos que se realice la encuesta: " Encuesta inicial a las personas cuidadoras (Anexo II)".

Conocer la situación de partida nos va a permitir plantear objetivos y actividades más adecuados a las necesidades y a la realidad de las personas con quienes vamos a trabajar.

En ese primer encuentro se les informará también en qué consiste la actividad grupal, contenidos, horarios, y fechas en las que tendrá lugar.

La entrevista va a permitir también a la enfermera, detectar qué personas por sus condiciones o circunstancias no es aconsejable que se incorporen al grupo.

De esta actividad podrían beneficiarse todas las personas que cuidan actualmente a un familiar dependiente, pero para aquellos Centros en los que exista una elevada demanda proponemos unos criterios de priorización:

- Ser responsable principal del cuidado de un familiar/es anciano/s, enfermo/s o discapacitado/s y convivir con el/ellos
- Sobrecarga emocional.
- Falta de conocimientos sobre cuidados
- Escaso/Nulo soporte familiar

* Existen varias escalas que miden la sobrecarga de la persona cuidadora; una de ellas es la de Zarit, que permite valorar el nivel de agotamiento, el riesgo de abandono del cuidado y el impacto físico y emocional del cuidado en la cuidadora: http://www.segg.es/segg/html/cuidadores/cuidador/entrevista_carga.htm

Evaluación

La finalidad de la evaluación es valorar el efecto de la intervención en la calidad de vida de las personas que han participado en el taller y el impacto de la intervención grupal.

Para evaluar la calidad de vida se utilizará el cuestionario WHOQOL-BREF (Anexo III). Este cuestionario se aplicará en tres momentos: antes del inicio de la actividad grupal, y a los tres y nueve meses de iniciada.

Por tratarse de un cuestionario autoadministrado, se recomienda efectuar su primera entrega tras realizar la entrevista de selección, informando que debe ser cumplimentado antes de que comience la primera UD del taller, fecha en la que debe ser devuelto a la enfermera.

Para evaluar el impacto de la intervención grupal, en la última UD se les entregará el cuestionario "Evaluación del taller" (Anexo IV).

Registro

La participación de las personas en el taller y UDs deberán quedar registradas en su historia clínica en OMI-AP .

ANEXOS

ANEXO I

MODELO DE DERIVACIÓN PARA PARTICIPAR EN EL TALLER DE ATENCIÓN A PERSONAS CUIDADORAS.

D/Dña.:

desea participar en el taller de Atención a personas cuidadoras.

Teléfono

Profesional de enfermería que deriva:

Nombre y apellidos

Centro de Salud y/o consultorio

Teléfono

Fecha de la derivación

DERIVAR A:

Profesional de enfermería responsable de la actividad grupal en el Centro de Salud.

Nombre y Apellidos

Centro de Salud

ANEXO II

ENCUESTA INICIAL A LAS PERSONAS CUIDADORAS

1. ¿Qué parentesco tiene con la persona o personas que está cuidando? (Señale todas las respuestas necesarias):

- | | | | |
|----------------|---|------------------|---|
| Esposo/ Esposa | ® | Hermano/a | ® |
| Hijo/a | ® | Otros familiares | ® |
| Madre | ® | Otras personas | ® |
| Padre | ® | | |

2. ¿Qué cuidados presta actualmente a la persona/s que cuida? (Señale todas las respuestas necesarias):

- | | |
|---|---|
| Asistencia para el aseo, vestido, alimentación... | ® |
| Asistencia para las tareas del hogar, preparar la comida, hacer compras, gestiones... | ® |
| Apoyo afectivo, entretenimiento y vigilancia... | ® |
| Atención a la enfermedad: administrar medicación, curas... | ® |
| Cuidados de recuperación: ejercicios de rehabilitación, estimulación... | ® |

3. ¿Le ayuda alguien en el cuidado?

No ®

Sí (señale quién/quiénes le ayudan) ®

- | | | | |
|---------------------------------|---|------------------------|---|
| Hija/s | ® | | |
| Hijo/s | ® | Madre | ® |
| Padre | ® | Hermana/s | ® |
| Hermano/s | ® | Otros familiares | ® |
| Amigos/as vecinos/as | ® | Persona/s contratada/s | ® |
| Ayuda domiciliaria ayuntamiento | ® | Personal sanitario | ® |

4. Con respecto a la ayuda que recibe, cree que (señale todas las respuestas necesarias):

- | | |
|--|--------------------------|
| Es suficiente | <input type="checkbox"/> |
| Necesito para la higiene de la persona dependiente | <input type="checkbox"/> |
| Necesito para curas y cambios de postura | <input type="checkbox"/> |
| Necesito para las tareas domésticas | <input type="checkbox"/> |
| Necesito para afrontar gastos (ayuda económica) | <input type="checkbox"/> |
| Necesito para apoyo/compañía de la persona dependiente | <input type="checkbox"/> |
| Necesito para acudir a consultas y otros servicios | <input type="checkbox"/> |
| Necesito para descansar/desconectar (ocio, vacaciones) | <input type="checkbox"/> |

5. Debido a las tareas del cuidado, ¿qué aspectos de su vida se han visto alterados?

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Mi trabajo en el hogar | <input type="checkbox"/> |
| Mi trabajo fuera de casa | <input type="checkbox"/> |
| Mi vida de familia | <input type="checkbox"/> |
| Mis relaciones con amistades | <input type="checkbox"/> |
| Mi tiempo de ocio, vacaciones, etc. | <input type="checkbox"/> |
| Mi situación económica | <input type="checkbox"/> |
| No se ha alterado en ningún aspecto | <input type="checkbox"/> |

6. ¿Sufre problemas de salud relacionados con las tareas de cuidar?

No

Sí (señala cuál o cuáles)

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Cansancio | <input type="checkbox"/> | Estrés | <input type="checkbox"/> |
| Dolores de espalda | <input type="checkbox"/> | Depresión | <input type="checkbox"/> |
| Dificultades para dormir | <input type="checkbox"/> | Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> |

Otros (especificar) _____

7. ¿Ha consultado alguna vez a su médico/a y/o enfermero/a por estos problemas?

No

Sí

8. Por su experiencia como cuidadora, ¿cuál cree que sería la mejor forma de disminuir el esfuerzo que supone esta tarea?

- Los ingresos temporales de personas dependientes en residencias públicas
- El cuidado compartido por los familiares (hombres y mujeres)
- El apoyo del personal del centro de salud en el domicilio familiar
- La oferta de ayuda domiciliaria suficiente para que las personas dependientes puedan vivir en casa sin depender de su familia
- La creación de plazas en residencias públicas para ingresos definitivos
- La existencia de centros de día para personas dependientes
- El apoyo de voluntariado en el domicilio
- Otras _____

9. Otro tipo de apoyo institucional necesario es (señale una):

- Recibir un salario mensual
- Reducción de jornada (no de sueldo) por parte de la empresa
- Deducciones fiscales
- Cotización por el Estado a la Seguridad Social

10. Sabemos que “la práctica hace maestros”. Aún así, ¿qué cree que necesita para cuidar lo mejor posible a su familiar y con el menor daño para su salud y bienestar? (señale todas las respuestas necesarias)

- Aprender a relajarme cuando me siento nerviosa, tensa
- Saber decir no a peticiones excesivas
- Aprender más sobre la enfermedad o proceso y los cuidados necesarios
- Aprender a cambiar los pensamientos negativos
- Saber pedir ayuda a otras personas
- Mejorar la forma de relacionarme con los demás
- Dedicarme más cuidados
- Cómo hacer frente a la pérdida de salud y de independencia de mi familiar
- Otras _____

ANEXO III

Nombre y Apellidos

CUESTIONARIO PARA LA EVOLUCIÓN DE CALIDAD DE VIDA: WHOQOL-BREF

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud, y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las **dos últimas semanas**.

Por favor, lea cada pregunta, **valore sus sentimientos**, y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuánto ha experimentado** ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “**cuán totalmente**” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “**cuán satisfecho o bien**” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas.

		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la **frecuencia** con que usted ha sentido o experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

El WHOQOL BREF (WB) es la versión abreviada del WHOQOL 100, instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida.

El WB evalúa adecuadamente las áreas relevantes de calidad de vida en gran número de culturas en todo el mundo, lo que permite la realización de estudios multicéntricos en diversos países.

El WB está formado por 26 preguntas.

Cada pregunta del WB tiene 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert y todas ellas producen un perfil de cuatro áreas: salud física, psicológica, relaciones sociales y entorno.

PROCEDIMIENTO DE USO

El cuestionario WHOQOL-BREF es autoadministrado.

Cuando la persona que responde el cuestionario no esté en condiciones de leer el cuestionario en función de su estado de salud o de alfabetización, el cuestionario puede ser leído por la persona que lo administra. Cuando la persona que responde no comprenda el significado de alguna pregunta la persona que administra el cuestionario releerá la pregunta lentamente, no utilizando sinónimos o explicaciones en otras palabras de la pregunta (aplicación asistida). La persona entrevistadora no debe discutir el significado de las preguntas ni las respuestas.

El cuestionario debe ser cumplimentado en condiciones de privacidad; la persona que responde debe estar o acompañada por la que lo administra.

Debe enfatizarse que las preguntas de cuestionario se refieren a las dos últimas semanas.

Es importante verificar que todas las preguntas están contestadas (a no ser que la persona declinase responder alguna de ellas) y que se contestó solamente una alternativa por pregunta.

OBTENCIÓN DE RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

Cada pregunta tiene cinco posibles respuestas que se puntúan de 1 a 5.

Se obtienen seis resultados:

- 1° **Calidad de vida global.** Pregunta 1
- 2° **Salud General.** Pregunta 2
- 3° **Salud Física.** Preguntas: 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18.
- 4° **Salud Psicológica.** Preguntas: 5, 6, 7, 11, 19, 26.
- 5° **Relaciones sociales.** Preguntas: 20, 21, 22.
- 6° **Entorno.** Preguntas: 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 y 25.

1° Los valores de las preguntas 3, 4 y 26 hay que recodificarlos previamente de la siguiente manera (1=5), (2=4), (3=3), (4=2) y (5=1).

2° Se suman los valores en cada dimensión.

3° El resultado de la suma de las respuestas en cada dimensión se transforma a una escala de 4 a 20, y posteriormente a otra de 0 a 100, a efectos de comparación con el WHOQOL-100. Para ello se puede utilizar el Anexo III₂.

Interpretación

No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- n WHOQOL Group. Measuring quality of life. The development of the World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-100). Genève: OMS, 1993.
- n WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of life assessment. Psychol Med 1998; 28:551-8.
- n WHOQOL Measuring Quality of Life. www.who.int/evidence/assessment-instruments/qol/Lucas
Carrasco R. Versión española del WHOQOL. Madrid: Ergón, 1998.

ANEXO III₂

Transformación de la suma de valores en cada dimensión, a una escala de 4-20 y 0-100

DOMAIN 1		
Raw score	Transformed scores	
	4-20	0-100
7	4	0
8	5	6
9	5	6
10	6	13
11	6	13
12	7	19
13	7	19
14	8	25
15	9	31
16	9	31
17	10	38
18	10	38
19	11	44
20	11	44
21	12	50
22	13	56
23	13	56
24	14	63
25	14	63
26	15	69
27	15	69
28	16	75
29	17	81
30	17	81
31	18	88
32	18	88
33	19	94
34	19	94
35	20	100

DOMAIN 2		
Raw score	Transformed scores	
	4-20	0-100
6	4	0
7	5	6
8	5	6
9	6	13
10	7	19
11	7	19
12	8	25
13	9	31
14	9	31
15	10	38
16	11	44
17	11	44
18	12	50
19	13	56
20	13	56
21	14	63
22	12	69
23	13	69
24	16	75
25	17	81
26	17	81
27	18	88
28	19	94
29	19	94
30	20	100
33	19	94
34	17	81
35	18	88
36	18	88
37	19	94
38	19	94
39	20	100
40	20	100

DOMAIN 3		
Raw score	Transformed scores	
	4-20	0-100
3	4	0
4	5	6
5	7	19
6	8	25
7	9	31
8	11	44
9	12	50
10	13	56
11	15	69
12	16	75
13	17	81
14	19	94
15	20	100

DOMAIN 4		
Raw score	Transformed scores	
	4-20	0-100
8	4	0
9	5	6
10	5	6
11	6	13
12	6	13
13	7	19
14	7	19
15	8	25
16	8	25
17	9	31
18	9	31
19	10	38
20	10	38
21	11	44
22	11	44
23	12	50
24	12	50
25	13	56
26	13	56
27	14	63
28	14	63
29	15	69
30	15	69
31	16	75
32	16	75
33	17	81
34	17	81
35	18	88
36	18	88
37	19	94
38	19	94
39	20	100
40	20	100

ANEXO IV

EVALUACIÓN DEL TALLER

Nombre y Apellidos

Le agradeceríamos conteste al siguiente cuestionario sobre lo que ha supuesto para usted acudir al taller. Señale con una X la opción con la que usted se identifica.

1. Realizar las tareas como persona cuidadora es importante para la familia y para la sociedad.

Siempre he creído que es una tarea importante.

Antes creía que no era importante pero a raíz del taller sí lo pienso.

Nunca pensé que fuera importante y sigo pensando igual.

2. Pedir ayuda a familiares y amistades.

No lo hago y veo difícil hacerlo.

No lo hago pero voy a intentarlo.

Ya he comenzado a hacerlo.

Ya lo hacía antes del taller.

3. Decir No cuando sea necesario.

No lo hago y veo difícil hacerlo.

No lo hago pero voy a intentarlo.

Ya he comenzado a hacerlo.

Ya lo hacía antes del taller.

4. Cuidarme (buscar un tiempo para mí, cuidar mi alimentación y mi descanso, hacer ejercicio, salir con otras personas y relacionarme).

No lo hago y veo difícil hacerlo.

No lo hago pero voy a intentarlo.

Ya he comenzado a hacerlo.

Ya lo hacía antes del taller.

5. Controlar el estrés.

No lo hago y veo difícil hacerlo.

No lo hago pero voy a intentarlo.

Ya he comenzado a hacerlo.

Ya lo hacía antes del taller.

6. En relación a los medicamentos: tranquilizantes, para dormir, antidepresivos.

No los tomaba antes de acudir al taller.

Sigo tomándolos, aunque he disminuido la dosis.

Sigo tomándolos y en las mismas dosis.

Sigo tomándolos y he aumentado la dosis.

He empezado a tomarlos desde que acudo al taller.

7. Desde que comencé a acudir al taller, las consultas al Centro de Salud por motivos relacionados con mi propia salud.

Han aumentado.

Han disminuido.

Realizó las mismas que hacía antes.

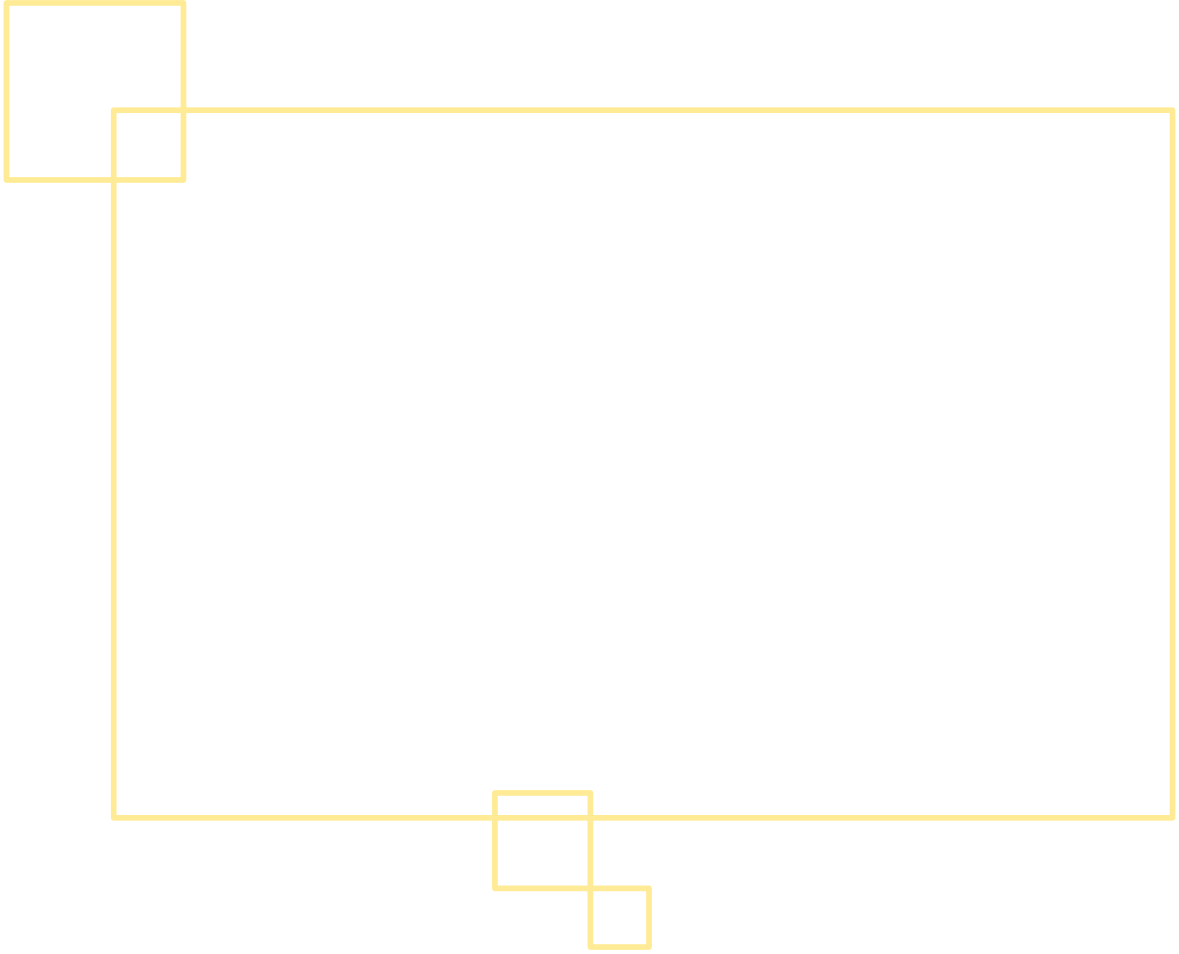
8. El taller me ha resultado.

Nada satisfactorio.

Poco satisfactorio.

Satisfactorio.

Muy satisfactorio.



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS