

Grupos de Ayuda Mutua comunitarios para cuidadoras. Adaptación a escenario virtual

Belén Camacho Santos, Claudia Bernabéu Álvarez (tutora)
Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla (Sevilla, España)

Correspondencia: belensan4@gmail.com (Belén Camacho Santos)

Resumen

Introducción: "Cuidar" no es nada fácil, menos aún si a ello se le dedican 24 horas los 365 días del año, algo habitual en las cuidadoras familiares. Para dichas personas esto puede repercutir negativamente en su salud y en su calidad de vida si no se llevan a cabo medidas protectoras, entre las cuales se puede incluir la asistencia a Grupos de Ayuda Mutua (GAMs), donde se comparten experiencias y emociones entre iguales. Estos grupos se han visto afectados por la pandemia de COVID-19, por ello, este Programa de Educación para la Salud pretende ofrecer algunas alternativas. Objetivo principal: Diseñar un GAM virtual que favorezca el reconocimiento de la importancia de los autocuidados para así poder reducir el nivel de sobrecarga de las personas cuidadoras que acuden al GAM, así como mejorar el apoyo social y el funcionamiento familiar. Metodología: Diseño de un programa de Educación para la Salud en el que se propone la creación de un Grupo de Ayuda Mutua virtual de personas cuidadoras familiares con 9 sesiones iniciales de entre 90 y 110 minutos aproximadamente que tendrán lugar una vez a la semana. Conclusión principal: Los GAMs han demostrado mejorar la calidad de vida, aumentar la red social y disminuir la sobrecarga de las personas cuidadoras, es por esto por lo que en el contexto actual de pandemia (donde los momentos de desconexión y ocio se han visto reducidos al mínimo) son más necesarios que nunca. El escenario virtual puede ser una alternativa que ofrece garantías.

Palabras clave: Cuidadores. Grupos de Ayuda Mutua. Redes Sociales en Línea; Relaciones Familiares. Sobrecarga del cuidador.

Community Mutual Help Groups for caregivers. Adaptation to virtual scenario

Abstract

Introduction: "Caring" is not easy at all, even less if you are completely dedicated to it, 24 hours a day, 365 days a year, something usual if we talk about family caregivers. For them caring may have a negative impact on both their health and quality of life if we do not take protective steps. Measures may include attending Self-Help Groups (SHGs) where experiences and emotions are shared between equals. These groups have been seriously affected by COVID-19 pandemic and this is the main reason why this health education program wants to offer an alternative. Objective: To design a Self-Help Group that promotes the recognition of the importance of self-care (taking care of oneself first to be able to take care of others) in order to reduce the level of excessive burden caregivers suffer, as well as improving social support and family functioning. Methodology: Design a health education program proposing the creation of a virtual Self-Help Group of family caregivers with 9 initial sessions of between 90 and 110 minutes approximately that will take place once a week. Conclusions/Final reflections: Self-Help Groups have shown to improve caregiver's quality of life, increasing social network and reducing the overload of caregivers. It is now, in a context of pandemic (where moments of disconnection and free time have been reduced to minimum because of the transmission of the virus) when these characteristics are more necessary than ever. Virtual stage could be an alternative that offers guarantees.

Keywords: Caregivers. Self-Help Groups. Online Social Networking. Family Relations. Caregiver Burden.

FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA

Departamento de Enfermería



Titulación: GRADO EN ENFERMERÍA

TRABAJO FIN DE GRADO

Título: Grupos de Ayuda Mutua comunitarios para cuidadoras. Adaptación a escenario virtual.

Title: Self-help Groups for caregivers. An adaptation to virtual stage.

Alumno/a: Belén Camacho Santos

Tutor/a: Prof. Claudia Bernabéu Álvarez

Sevilla, 02/06/2021

RESUMEN

Introducción: El hecho de “cuidar” no es nada fácil, menos aún si a ello se le dedican 24 horas los 365 días del año, algo habitual cuando hablamos de cuidadoras familiares. Para dichas personas esto puede repercutir negativamente tanto en su salud como en su calidad de vida si no se llevan a cabo medidas protectoras, entre las cuales se puede incluir la asistencia a Grupos de Ayuda Mutua (GAMs), en los que se comparten experiencias y emociones entre iguales. Estos grupos se han visto gravemente afectados por la pandemia de COVID-19, por ello, este Programa de Educación para la Salud pretende ofrecer algunas alternativas. **Objetivo:** Diseñar un GAM virtual que favorezca el reconocimiento de la importancia de los autocuidados (cuidarse para cuidar) para así poder reducir el nivel de sobrecarga de las personas cuidadoras que acuden al GAM, así como mejorar el apoyo social y el funcionamiento familiar. **Metodología:** Diseño de un programa de Educación para la Salud en el que se propone la creación de un Grupo de Ayuda Mutua virtual de personas cuidadoras familiares con 9 sesiones iniciales de entre 90 y 110 minutos aproximadamente que tendrán lugar una vez a la semana. **Conclusiones/Reflexiones finales:** Los GAMs han demostrado mejorar la calidad de vida, aumentar la red social y disminuir la sobrecarga de las personas cuidadoras, es por esto por lo que en el contexto actual de pandemia (donde los momentos de desconexión y ocio se han visto reducidos al mínimo por el posible contagio) son más necesarios que nunca. El escenario virtual puede ser una alternativa que ofrece garantías.

Palabras clave: Cuidadores; Grupos de Ayuda Mutua; Redes Sociales en Línea; Relaciones Familiares; Sobrecarga del cuidador.

ABSTRACT

Introduction: “Caring” is not easy at all, even less if you are completely dedicated to it, 24 hours a day, 365 days a year, something usual if we talk about family caregivers. For them caring may have a negative impact on both their health and quality of life if we do not take protective steps. Measures may include attending Self-Help Groups (SHGs) where experiences and emotions are shared between equals. These groups have been seriously affected by COVID-19 pandemic and this is the main reason why this health education program wants to offer an alternative. **Objective:** To design a Self-Help Group that promotes the recognition of the importance of self-care (taking care of oneself first to be able to take care of others) in order to reduce the level of excessive burden caregivers suffer, as well as improving social support and family functioning. **Methodology:** Design a health education program proposing the creation of a virtual Self-Help Group of family caregivers with 9 initial sessions of between 90 and 110 minutes approximately that will take place once a week. **Conclusions/Final reflections:** Self-Help Groups have shown to improve caregiver’s quality of life, increasing social network and reducing the overload of caregivers. It is now, in a context of pandemic (where moments of disconnection and free time have been reduced to minimum because of the transmission of the virus) when these characteristics are more necessary than ever. Virtual stage could be an alternative that offers guarantees.

Key words: Caregivers; Self-Help Groups; Online Social Networking; Family Relations; Caregiver Burden.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Antecedentes.....	1
1.2. Marco teórico.....	5
1.2.1. Dependencia.....	5
1.2.2. Cuidador principal.....	5
1.2.3. Funcionamiento familiar.....	5
1.2.4. Sobrecarga.....	6
1.2.5. Grupo de Ayuda Mutua (GAM).....	6
1.2.6. Plataformas virtuales.....	6
1.3. Justificación.....	7
2. OBJETIVOS.....	8
2.1. Objetivo general.....	8
2.2. Objetivos específicos.....	8
3. METODOLOGÍA.....	9
3.1. Diseño.....	9
3.2. Sesiones.....	10
3.3. Evaluación.....	19
4. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	20
5. CONCLUSIONES/REFLEXIONES FINALES.....	21
6. AGRADECIMIENTOS.....	21
7. BIBLIOGRAFÍA.....	22
8. ANEXOS.....	24
8.1. Anexo 1: Guía para la creación de grupos virtuales.....	24
8.2. Anexo 2: Posibles normas de funcionamiento de un GAM.....	25
8.3. Anexo 3: Tipos de comunicación.....	26
8.4. Anexo 4: Las 5 reglas de oro en la comunicación.....	27
8.5. Anexo 5: Derechos asertivos.....	27
8.6. Anexo 6: Registro de emociones.....	28
8.7. Anexo 7: Descripción de mí mismo/a.....	29
8.8. Anexo 8: Relatos de personas cuidadoras.....	30
8.9. Anexo 9: Cuestionario Zarit.....	34
8.10. Anexo 10: Cuestionario Duke-UNC.....	35
8.11. Anexo 11: Test de Apgar familiar.....	36
8.12. Anexo 12: Dinámica “Antes pensaba... Ahora pienso...”.....	37
8.13. Anexo 13: Encuesta de satisfacción.....	38

1. INTRODUCCIÓN.

1.1.ANTECEDENTES.

Empezaremos destacando el progresivo pero importante envejecimiento de la población a nivel mundial, que, unido al aumento de las enfermedades crónicas (o enfermedades no transmisibles) explica que cada vez se necesite destinar una mayor cantidad de recursos a la persona dependiente.

La OMS declara que, por primera vez en la historia, la mayoría de la población posee una esperanza de vida igual o incluso superior a los 60 años y que, para 2050, se estima que la población a nivel mundial en ese sector de edad alcance los 2000 millones (un incremento de 900 millones si lo comparamos con 2015). También crece rápidamente la pauta de envejecimiento de la población a nivel mundial y hay países que tienen una mayor cobertura de ayudas para la persona dependiente que otros (en Europa, por ejemplo, los nórdicos: Finlandia, Suecia, Noruega, Dinamarca...), puesto que consideran que el principal responsable del cuidado de las personas dependientes es el Estado y no la familia, mientras que otros países (como España o Italia) se caracterizan por tener un sistema público altamente selectivo que sólo atiende a un pequeño porcentaje de la población dependiente. Otro ejemplo de diversidad entre países sería el diferente trato a los cuidadores principales informales, algunos países (como Reino Unido o Irlanda) han introducido prestaciones monetarias para programas de cuidados dirigidos directamente a cuidadores informales, mientras que otros (como Suecia) proponen programas de permisos por cuidados. Por otra parte, la OMS también destaca una serie de patologías crónicas que típicamente se asocian al envejecimiento, como pérdida de audición, cataratas, osteoartritis, neumopatías obstructivas crónicas, diabetes, depresión y demencia (OMS, 2018).

Por otro lado, un estudio publicado en *The Lancet* y realizado en 188 países, muestra cómo en 2013 el número de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD o DALYs, por sus siglas en inglés) aumentó principalmente debido a cuatro enfermedades crónicas, que son: las enfermedades cardíacas isquémicas, las infecciones respiratorias de vías bajas, los AVC y las lumbalgias o cervicalgias (Murray et al., 2015).

En España, la Unidad de Información de Mayores y Servicios Sociales del IMSERSO, mediante el Informe de 2016 “Las Personas Mayores en España”, nos indica que la proporción de población de 65 años y más ha pasado de representar de un 11,2% en 1981 a un 18,7% en 2015 y se estima que continúe aumentando hasta el 2050. También pone de manifiesto que, según la Encuesta Europea de Salud en España (EESA) de 2014 (**tabla 1**), un 84,3% de la población de entre 65 y 74 años manifiesta tener algún problema crónico de salud, porcentaje que se ve incrementado hasta alcanzar el 93% si tenemos en cuenta a las personas de 85 años y más (MSSSI, 2016).

Tabla 1

Población con alguna enfermedad o problema de salud crónico percibidos. Distribución porcentual según sexo y grupo de edad

	Total	Sí	No
Ambos sexos			
Total	100,00	59,83	40,17
De 65 a 74 años	100,00	84,36	15,64
De 75 a 84 años	100,00	91,33	8,67
De 85 años y más	100,00	93,03	6,97
Hombres			
Total	100,00	55,11	44,89
De 65 a 74 años	100,00	82,22	17,78
De 75 a 84 años	100,00	90,27	9,73
De 85 años y más	100,00	92,19	7,81
Mujeres			
Total	100,00	64,32	35,68
De 65 a 74 años	100,00	86,26	13,74
De 75 a 84 años	100,00	92,08	7,92
De 85 años y más	100,00	93,50	6,50

Fuente: INE. Encuesta Europea de Salud en España, 2014.

Por otro lado, respecto al impacto que ha tenido la COVID-19 en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia a nivel estatal (SAAD), el IMSERSO nos ofrece un informe en el que se observa que las personas beneficiarias de prestaciones han ido aumentando progresivamente en los últimos tres años, aunque con la pandemia ha aumentado el número de personas cuidadoras familiares en detrimento de la atención residencial. También ha aumentado la demanda de servicios como la teleasistencia y la ayuda a domicilio (La & Saad, 2020).

En Andalucía, las personas beneficiarias de prestaciones relacionadas con la dependencia suponen el 4,65% respecto a la población general (393.556 personas) frente al 3,88% de la media nacional, es decir, Andalucía supera la media nacional en personas subsidiarias de algún tipo de prestación relacionada con la dependencia (La & Saad, 2020).

Este dato se debe fundamentalmente a que en Andalucía en estos últimos 50 años se ha triplicado el número de personas mayores y hoy en día la población que supera los 65 años representa el 15% de la población total, mientras que un 25% de la población tiene 80 años o más. Este incremento en la esperanza de vida y el desarrollo de conductas como el consumo de alcohol, el tabaquismo, la alimentación poco saludable o el sedentarismo, derivan irremediabilmente en transformaciones en el estado de salud de las personas y en sus necesidades de cuidados, que se identifica también por un significativo aumento de los problemas crónicos de salud. Además, conceptos como envejecimiento, enfermedad crónica y dependencia suelen estar estrechamente relacionados. De hecho, el 9,6% de la

población de Andalucía tiene alguna discapacidad. De dicho sector específico, casi una de cada cinco (19%) son mujeres de más de 80 años. Partiendo de los 55 años, el 60% de las personas que presentan dependencia en Andalucía son mujeres. En estos datos pueden evidenciarse las diferencias según el género (Consejería de salud y Familias, 2020; Lafuente-Robles, et al., 2015).

Por otra parte, el 88% de la provisión de cuidados se realiza en el ámbito familiar, siendo, incluso, la mayoría de las veces la única fuente de cuidados. Los estudios más recientes nos permiten extraer conclusiones como que las secuelas negativas del cuidado familiar son la manifestación de cuantiosos problemas de salud crónicos, elevados niveles de ansiedad, estrés, depresión, frecuente renuncia al trabajo remunerado, abandono de la propia salud y aislamiento social; resultados que se vieron influidos principalmente por el nivel socioeconómico, la intensidad del cuidado, el parentesco con la persona dependiente y, principalmente, el género de la persona que cuida (Lafuente-Robles, et al., 2015), y es que más del 80% de los cuidadores familiares son mujeres (Cruz Roja Española, 2010). Además, en nuestro medio destacan las mujeres que cuidan a su pareja o a sus progenitores desde hace una media de diez años (durante una media de 19 horas al día). La mayoría de estas cuidadoras tienen estudios básicos, perteneciendo principalmente a una clase social baja, y consumen casi nueve veces más psicofármacos que los hombres, alcanzando mayor consumo las que más años cuidan (Bernabéu-Álvarez, 2021).

La investigación con personas cuidadoras destaca de una manera suficientemente clara el alto malestar y de estrés que sufre un importante porcentaje de este colectivo, resultando esencial tratar de apoyar a aquellas que se ven afectadas negativamente tanto física como emocionalmente (Cruz Roja Española, 2010). Este malestar físico y emocional puede afectar a la calidad de vida en relación con la salud en las personas cuidadoras (al menos el 20% de ellas experimentan un déficit), siendo, incluso, más propensas que el resto de la población a desarrollar síntomas ansioso-depresivos y trastornos del sueño (Bernabéu-Álvarez et al., 2020).

Todos los problemas mencionados derivan en la sobrecarga del cuidador, como corrobora un estudio realizado entre cuidadores familiares de personas con enfermedades crónicas. En dicho estudio, que usa la escala de sobrecarga de Zarit y la de calidad de vida ProQOL, el 71% de los participantes mostraron un alto nivel de sobrecarga, así como estrés traumático secundario en el 50% de los casos (Lynch et al., 2018). Al examinar los factores que contribuyen al desarrollo de dicha sobrecarga destacan, entre otros: el uso de psicofármacos, bajos ingresos, no recibir apoyo familiar y no estar satisfechos con las relaciones familiares. Los factores comentados se relacionan con la sobrecarga tanto en hombres como en mujeres, pero separando ambos grupos, puede observarse que en los hombres la sobrecarga también se relaciona con la edad mientras que, en las mujeres, con la presencia de problemas de salud propios, no tener a otras personas con las que compartir la carga de los cuidados y llevar más de 10 años cuidando de la persona dependiente. También es bastante destacable que las mujeres muestran un mayor nivel de sobrecarga que los hombres (Bernabéu-Álvarez, 2021).

En España, para intentar aliviar esta sobrecarga que presentan nuestros cuidadores informales, dentro de la Ley de Dependencia aprobada en 2006, se ofrecen distintos programas de respiro, como son: la teleasistencia, la ayuda a domicilio, los centros de día y las estancias temporales en centros residenciales. Estos recursos se articulan dentro del SAAD, cuyo catálogo de servicios y prestaciones se proveen a los solicitantes en función del grado de dependencia (Cruz Roja Española, 2010).

Si nos centramos en Andalucía, estas medidas se recogen en el Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas (Decreto 137/2002, 30 abril), además, se han desarrollado otras estrategias como la Tarjeta + Cuidado que ofrece ventajas como: citas en la fecha y horario más conveniente para la cuidadora, acompañamiento a la persona cuidada en servicios de urgencias y durante la hospitalización, etc.

Otro de los recursos a los que pueden recurrir las personas cuidadoras (y que quizá a veces pasen un poco desapercibidos) son los Grupos de Ayuda Mutua (GAMs). En estos grupos las personas cuidadoras pueden expresar sus sentimientos y sentirse escuchados por personas de confianza que se hallan en su misma situación, compartiendo experiencias y aprendiendo que el autocuidado es el primer paso para poder proporcionar unos cuidados de calidad (Cruz Roja Española, 2010).

Los GAMs surgen en Estados Unidos en 1935 con la fundación de “Alcohólicos Anónimos” y se fueron extendiendo, creciendo en número, por todo el país variando en tipo y forma. En Europa los primeros GAMs aparecen en Reino Unido y Alemania a finales de los 70. En cuanto a España, en 1987 en Cataluña se identificaron e investigaron estos grupos por primera vez, observándose desde entonces un crecimiento continuo, siendo su índice de crecimiento anual del 12% aproximadamente, mientras que la anulación de los grupos es del 4% (Bernabéu-Álvarez, 2021).

No fue hasta finales del siglo pasado, cuando empezó a estudiarse el impacto que tienen los GAMs en las personas cuidadoras de familiares con alguna enfermedad mental, extrayendo, de forma no estadísticamente significativa, conclusiones claras: cuanto mayor era la frecuencia con la que iban a los grupos, menor era el nivel de sobrecarga que mostraban (Bernabéu-Álvarez, 2021). Otros estudios llevados a cabo manifiestan que las personas cuidadoras que recurren a este tipo de recursos muestran un menor nivel de sobrecarga que los que no lo hacen (Navarro-Abal et al., 2019), de ahí su gran importancia. De hecho, recientemente se realizó un estudio mixto cuasiexperimental en nuestra Comunidad Autónoma, en el que se concluyó que los GAMs aumentan la calidad de vida de las personas cuidadoras y la salud familiar, disminuyendo la sobrecarga del cuidador y el consumo de psicofármacos (ansiolíticos y antidepresivos), en comparación con las personas cuidadoras que no acuden a GAMs, mejorando, también, el apoyo social de las que asisten a dichos grupos y que residen en áreas urbanas y facilitando la gestión familiar de la enfermedad en aquellas personas cuidadoras con un nivel educativo bajo en comparación con aquellas que alcanzan el bachillerato o la Formación Profesional (Bernabéu-Álvarez, 2021).

Sin embargo, según la Orden del 13 marzo de 2020, por la que se asumen medidas preventivas de salud pública en la Comunidad de Andalucía, debido a la situación actual de pandemia que estamos viviendo, intervenciones como estas, que se venían realizando en el Sistema Sanitario Andaluz, se han visto disminuidas o incluso se han cancelado (Consejería de salud y Familias, 2020), por lo que este trabajo pretende ofrecer una alternativa para contribuir a que se sigan llevando a cabo.

1.2.MARCO TEÓRICO.

1.2.1. Dependencia.

La dependencia es “el estado de carácter permanente en el que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal” (Confederación Española de organizaciones a favor de las Personas con Discapacidad Intelectual –FEAPS-, 2014). En función de la capacidad para realizar las Actividades de la Vida Diaria (AVD), la FEAPS (2014) establece tres grados posibles de dependencia en España: “Dependencia moderada o grado 1 (cuando la persona necesita ayuda para realizar varias AVD al menos una vez al día; y se divide en: grupo 1.A de personas con discapacidad moderada para alguna Actividad Básica de la Vida Diaria -ABVD- que necesitan ayuda diariamente, y grupo 1.B de personas con discapacidad para alguna Actividad Instrumental de la Vida Diaria -AIVD-, como movilidad fuera del hogar y tareas domésticas, que no tienen discapacidad para ninguna ABVD), Dependencia severa o grado 2 (cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador) y Gran dependencia o grado 3 (cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia continua de un cuidador)”.

1.2.2. Cuidador principal.

El cuidador principal es la persona que se encarga mayoritariamente del cuidado de otra, generalmente dependiente para todas o varias de las AVD, dedicándole la mayor parte de las 24 horas del día a dicho cuidado y siendo mayoritariamente un miembro de la unidad familiar. Además, va descuidando poco a poco sus necesidades personales para ocuparse de las de la persona dependiente. Más del 80% de los cuidadores familiares son mujeres (Bernabéu-Álvarez, 2021; Cruz Roja Española, 2010).

1.2.3. Funcionamiento familiar.

Se considera funcionamiento familiar a los vínculos afectivos que se establecen entre los diferentes miembros de la familia para satisfacer sus necesidades (lo que se conoce como cohesión) y que los lleva a modificar la estructura de dicha familia para adaptarse a las situaciones de cambio y posibles crisis vitales que puedan acontecerles como unidad

familiar (lo que se conoce como adaptabilidad). El funcionamiento es único y característico de cada unidad familiar (Bernabéu-Álvarez, 2021).

1.2.4. Sobrecarga.

La sobrecarga se refiere a las repercusiones negativas crónicas del cuidado informal en las personas cuidadoras y que engloban consecuencias en las esferas física, emocional, social y económica. Algunos de los factores que pueden contribuir a su desarrollo son, entre otros, el grado de dependencia de la persona receptora de los cuidados, el uso de psicofármacos, no recibir apoyo familiar y no estar satisfechos con las relaciones familiares (Lynch et al., 2018; Navarro-Abal et al., 2019).

1.2.5. Grupo de Ayuda Mutua (GAM).

Un GAM consiste en reuniones voluntarias de “iguales” para ofrecer apoyo emocional, ayudarse unos a otros, facilitar la consecución de habilidades y el manejo de instrumentos para enfrentarse y acabar con las dificultades que tienen en relación a los cuidados, incrementar su autoestima y reducir la codependencia, disminuir el consumo farmacológico por los síntomas relacionados con la sobrecarga de la persona cuidadora y ayudar en el transcurso de la adaptación social (ineludible en la situación de cuidados), contando con el grupo como red de apoyo social. Para que los GAMs puedan llevarse a cabo se necesita la figura de un facilitador que modere las sesiones y turnos de palabra. Además, lo ideal es que el GAMs esté formado por 8-10 miembros, que la temática y materiales utilizados sean consensuados entre todas las personas asistentes y que se sienten en círculo. Normalmente las sesiones se realizan con una frecuencia quincenal y con una duración de una a dos horas, pero esto también debe pactarse entre todos los miembros del GAM (Bernabéu-Álvarez et al., 2020).

1.2.6. Plataformas virtuales.

Las plataformas virtuales son un conjunto de recursos que permiten la conexión entre diferentes personas en el mismo tiempo, pero en diferentes espacios (no es necesario compartir un espacio físico) a través de Internet. Normalmente se usa alguna aplicación como Skype, Zoom, Google Meet o Circuit. Las ventajas y desventajas de cada plataforma comentada anteriormente son las siguientes:

- Skype→ Por una parte, las videollamadas son de alta calidad, se pueden realizar reuniones online (hasta 100 personas) sin la necesidad de tener que iniciar sesión ni descargarse la aplicación, es posible chatear a la vez que se está en la reunión, se puede compartir pantalla, es gratis y permite la grabación (Microsoft, 2021).
- Zoom→ Permite realizar reuniones individuales o videoconferencias grupales (hasta 100 personas) y permite compartir pantalla. La principal desventaja es que sólo es gratuito durante 40 minutos (Antevenio, 2020).
- Google Meet→ Se puede realizar una videollamada de hasta 49 participantes en pantalla al mismo tiempo, tiene una pizarra virtual, permite compartir pantalla, posee controles de moderación, tiene la opción de activar subtítulos (lo que

favorece la inclusión), se puede consultar la asistencia y es gratis (Universidad Carlos III de Madrid, 2020).

- Circuit→ Es una aplicación de colaboración en equipo diseñada por el Sistema Sanitario Público Andaluz. En esta aplicación los grupos están limitados a 6 participantes como máximo y no permite compartir pantalla ni archivos (Servicio Andaluz de Salud, 2020).

1.3.JUSTIFICACIÓN.

Como se indicó en los antecedentes, el significativo aumento general de la esperanza de vida supone el envejecimiento de la población de los países desarrollados y esto, unido al incremento de las enfermedades crónicas, lleva a una considerable tendencia al alza del número de personas dependientes. Estas personas dependientes necesitan cuidados, en muchas ocasiones incluso de alta complejidad, que en su mayoría recaen en el entorno familiar (OMS, 2018).

Estos cuidados, unidos a factores como no recibir apoyo familiar o no estar satisfechos con las relaciones familiares y sin una intervención sanitaria que ayude a paliar los efectos negativos (físicos, psicológicos y sociales) que llega a suponer el cuidado constante, puede derivar en la sobrecarga de los cuidadores, que no sólo afecta a su salud, sino a la calidad de los cuidados proporcionados y por ende a la salud de la persona dependiente (Bernabéu-Álvarez, 2021).

Debido al inestimable valor de la red de cuidados informales (Oliva-Moreno et al., 2015), el sistema sanitario no puede permitirse que sus cuidadores y cuidadoras claudiquen por sobrecarga, convirtiéndose así ellos también en demandantes de cuidados, sino que, por el contrario, se necesita el desarrollo de intervenciones destinadas a poner en valor, reconocer y, en definitiva, cuidar de nuestros cuidadores.

En este sentido el personal de Enfermería tiene bastante que aportar, con intervenciones como el apoyo formal (con servicios “de respiro”), enseñando el uso de Ayudas Técnicas, programas psicoeducativos, intervenciones psicoterapéuticas (o *counselling*), Grupos de Ayuda Mutua o una combinación de las anteriores (Bernabéu-Álvarez, 2021).

Respecto a los GAMs, destacan los beneficios que éstos pueden aportar a las personas cuidadoras: permiten paliar los sentimientos negativos y la sobrecarga generados por el cuidado, se establece una red de apoyo instrumental y emocional, hacen que se conozcan más a sí mismos y son una forma de desahogo en aquellas personas cuidadoras que no cuentan con nadie más que los escuche, entre otros (Cruz Roja Española, 2010). Es aquí donde pensamos radica la importancia de los GAMs para estas personas.

Sin embargo, por la situación de pandemia que vivimos en la actualidad, donde las reuniones y el contacto físico en general están muy limitados y restringidos por seguridad (Cot et al., 2021), los grupos de ayuda mutua se han reducido al máximo o incluso se han suspendido, con los consecuentes problemas que esto puede acarrear.

En este trabajo se pretende ofrecer una idea para asistir y seguir compartiendo experiencias en los GAMs, de forma alternativa, mediante el uso de una plataforma virtual. Este medio que ofrece garantías a la hora de evitar riesgos relacionados con la transmisión de la COVID-19 a la vez que proporciona ventajas como que puede realizarse desde casa mediante el uso de cualquier dispositivo electrónico con acceso a internet. Además, de esta forma no son necesarios los desplazamientos (por lo que se dispone así de una franja horaria más amplia para las comunicaciones y el número de miembros se podría ampliar al no tener límites geográficos el espacio virtual- aunque hay que tener en cuenta que el tamaño máximo recomendado para los GAMs es de entre 6 y 10 participantes-). No obstante, hay que tener en cuenta que, utilizando este medio, se pierden la garantía de la confidencialidad y la espontaneidad del “cara a cara”, a la vez que se hace necesario contar con ordenador personal y conexión a red, así como ciertas habilidades para la informática (Bravo-González, 2018).

2. OBJETIVOS.

2.1.OBJETIVO GENERAL.

El objetivo general de este programa es reconocer la importancia de los autocuidados (cuidarse para cuidar) para así poder reducir el nivel de sobrecarga de las personas cuidadoras que acudan al GAM, así como mejorar el apoyo social que perciben y el funcionamiento familiar.

2.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Los objetivos específicos de este programa de salud son los siguientes:

- a) Facilitar la expresión de sentimientos, emociones y dificultades que se plantean en el proceso de cuidar de una persona dependiente, para contribuir al desahogo personal.
- b) Empoderar a las personas cuidadoras familiares para que desarrollen estrategias de afrontamiento y adquieran habilidades asertivas, emocionales y de resolución de problemas.
- c) Fomentar la conexión entre iguales, aspecto importante para cohesionar el grupo.
- d) Instruir a las personas cuidadoras en el hecho de que tienen derecho a mantener actividades de ocio y descanso para ellas mismas, disminuyendo el posible sentimiento de culpabilidad.
- e) Dotar de técnicas de autocuidado y relajación.
- f) Combatir la sensación de soledad de las cuidadoras, algo no poco común en el proceso de cuidar y que se ha visto agravada durante la pandemia de la COVID-19.
- g) Facilitar el conocimiento y uso adecuado de los recursos sociosanitarios a los que pueden recurrir.
- h) Abordar, mediante intervenciones, diagnósticos como: Cansancio / Riesgo de cansancio del rol del cuidador, Aislamiento social, Estrés por sobrecarga e Interrupción de los procesos familiares.

- i) Formar sobre aspectos específicos de los cuidados, teniendo en cuenta la demanda de información que ellas formulen.

3. METODOLOGÍA.

3.1.DISEÑO.

Se ha diseñado un programa de Educación para la Salud tipo GAM para personas cuidadoras, en modalidad virtual. Previamente al diseño del programa se ha realizado una búsqueda bibliográfica de artículos publicados en los últimos 5 años sobre el problema planteado y las intervenciones existentes, mediante los descriptores DeCS/MeSH (Caregiver) OR ("Caregiver Burnout") OR ("Family Relations") AND ("Self-Help Group") OR ("Support Group"). La búsqueda se ha realizado en las bases de datos Cochrane, Google Scholar y Pubmed. De los artículos localizados se ha realizado una selección por afinidad al tema de estudio, que se citan en la bibliografía y sobre los que se realiza el marco teórico. Posteriormente, se ha desarrollado el programa con intervenciones de elaboración propia, pero basadas en la bibliografía.

El número de miembros será entre 6 y 10, basándonos en una estrategia grupal. Como son grupos abiertos, si alcanzasen las 12 personas, se dividiría este GAM en dos (de 6 y 6 personas).

La duración de cada reunión 90 minutos. Sin embargo, como los GAMs son flexibles, si necesitasen más tiempo, el grupo puede acordar alcanzar los 120 minutos.

La frecuencia de las reuniones será, inicialmente, de una vez en semana. Posteriormente, una vez que se crea la adherencia al GAM, los miembros pueden decidir espaciarlo a sesiones quincenales.

El método usado en las reuniones será el activo o por descubrimiento, ya que es el que permite una mayor participación e interacción entre las personas cuidadoras, en detrimento de nuestra intervención como profesionales, ya que la tendencia será a disminuir nuestra implicación en las sucesivas reuniones.

Criterios de inclusión:

- 1) Cualquier persona cuidadora familiar de pacientes incluidos en el programa de Atención Domiciliaria podría participar en los talleres, aunque tendrían preferencia aquéllas con: Cansancio o Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador.
- 2) Personas cuidadoras de familiares con un grado de dependencia severa o total (Índice de Barthel menor de 40).
- 3) Personas cuidadoras de familiares diagnosticados con Enfermedad de Alzheimer u otras demencias.

La captación de las personas participantes se hará a través de un muestreo por cuotas (consultando el listado de personas cuidadoras de la Enfermera Gestora de Casos del centro de salud) y accidental (a medida que entren en la consulta de enfermería/medicina y/o en los domicilios de los usuarios).

En este caso no es necesario un espacio real, sino virtual, lo que también ofrece ciertas ventajas ya que las personas cuidadoras no tendrán que desplazarse a ningún sitio (por lo que no tendrían que buscar a nadie que asumiese los cuidados durante las reuniones) y, al mismo tiempo, les ofrece un momento de desconexión de los cuidados. Después de comparar las características en el marco teórico que ofrece cada aplicación, la conclusión es que la plataforma recomendada es Google Meet, por su sencillez y ser la más inclusiva (tiene la opción de activar subtítulos).

El material común que se usará en las sesiones será un ordenador o dispositivo móvil e, inicialmente, se contará con la ayuda de un profesional sanitario (preferiblemente una enfermera).

3.2.SESIONES.

A continuación, se plasman las sesiones (que llamaremos “reuniones”) en términos de objetivos operativos, tiempo aproximado empleado, recursos y materiales utilizados, desarrollo y propuestas.

REUNIÓN 1: CREACIÓN DEL GAM.

- **Objetivos operativos:**
 - Conocer qué es la ayuda mutua.
 - Definir las normas básicas del GAM.
 - Aprender cómo moderar el GAM.
- **Tiempo aproximado:** 90 min.
- **Recursos y materiales:** Profesional que facilita inicialmente el GAM. Seguir la guía para la creación de grupos virtuales recogida en el Anexo 1.
- **Desarrollo de la actividad:**
 - Bienvenida y presentación de los miembros del GAM: Nombre, familiar al que cuidan y qué patología/problema padece éste.
 - Debate grupal sobre qué es la ayuda mutua y en qué puede beneficiarles el GAM.
 - Lluvia de ideas sobre las normas que se deben seguir en el GAM (sería conveniente que la persona facilitadora las apunte en el chat o en un documento). Pueden usar el Anexo 2 como apoyo.
 - La persona facilitadora (moderadora) propone:
 - Antes de comenzar el tema propuesto por el GAM, se debe preguntar si alguien necesita hablar o si tiene alguna inquietud.
 - Seguidamente, comenzar con el tema pactado.
 - Se sugiere empezar a hablar con una frase como, por ejemplo: “Me llamo ... y aprendo con vosotros/as”.
 - Cierre: Se recomienda despedirse con frase o lema de despedida del grupo, como, por ejemplo: “En primer lugar me quiero, respeto y cuido de mí misma/o, para así poder cuidar y ayudar luego a los demás”.

- **Para la próxima reunión:** Cada participante aportará algún tema del que le gustaría hablar en el GAM, como autoestima, asertividad, culpabilidad, control de emociones, duelo, ansiedad, actitud ante las exigencias del familiar enfermo...

REUNIÓN 2: AUTOCONCEPTO.

- **Objetivos operativos:**
 - Conocer el significado de “autoconcepto” y su importancia para una buena autoestima.
 - Aprender a identificar nuestros puntos fuertes y ser conscientes de que existen en la misma medida que los débiles.
 - Fomentar que se compartan aspectos positivos en la sesión.
 - Favorecer el respeto hacia uno/a mismo/a.
 - Discriminar entre la alta autoestima y el narcisismo.
- **Tiempo aproximado:** 90 min.
- **Recursos y materiales:** Hoja en blanco de papel y bolígrafo.
- **Desarrollo de la actividad:**
 - Antes de comenzar el tema propuesto por el GAM, se debe preguntar si alguien necesita hablar o si tiene alguna inquietud.
 - Seguidamente, comenzar con el tema pactado:
 - Cada participante comienza hablando con “Me llamo ... y aprendo con vosotros/as”.
 - En primer lugar, se pide al grupo que, como se acordó en la reunión anterior, cada una exponga algún tema del que le gustaría hablar en el GAM, para así poder tener en cuenta las preferencias en futuras reuniones.
 - Dinámica: Se pide al grupo que cada participante escriba un anuncio para el periódico de sí mismos en el que se describan sus mejores cualidades. Se dará tiempo para que se lleve a cabo la actividad propuesta y luego se hará una puesta en común, hablando por turnos. Después de que cada miembro haya acabado de leer su anuncio, se animará al resto a añadir alguna cualidad más que consideren oportuno resaltar, de la que la interlocutora se haya olvidado y de la que, tal vez, ni siquiera sea consciente de que posee. Es importante destacar en algún punto de la dinámica, que por ver cualidades positivas en uno/a mismo/a, no se está siendo egocéntrico/a o narcisista, sino que es sano y saludable.
 - Cierre: Frase o lema de despedida del grupo: “En primer lugar me quiero, respeto y cuido de mí misma/o, para así poder cuidar y ayudar luego a los demás”
- **Para la próxima reunión:** Se pedirán voluntarios para moderar ese día el GAM. Además, se pedirá a cada persona cuidadora que traiga una receta escrita en la que se enumeren los ingredientes necesarios para respetarse y quererse a una misma.

REUNIÓN 3: AUTOESTIMA.

- **Objetivos operativos:**
 - Aprender la relación entre la autoestima y el autoconcepto que se trató en la anterior reunión.
 - Reconocer la valía personal, el derecho a ser felices y a cuidarse a sí mismas sin sentirse culpables.
 - Fomentar la tolerancia, la dignidad, el perdón y el afecto que deben profesarse a sí mismas, como punto de partida para poder profesarlos también a los demás.
- **Tiempo aproximado:** 90 min
- **Recursos y materiales:** Hoja en blanco de papel y bolígrafo.
- **Desarrollo de la actividad:**
 - Antes de comenzar el tema propuesto por el GAM, se debe preguntar si alguien necesita hablar o si tiene alguna inquietud.
 - Seguidamente, comenzar con el tema pactado:
 - Cada participante comienza hablando con “Me llamo ... y aprendo con vosotros/as”.
 - En primer lugar, presentando como moderadora a aquella persona que se prestase voluntaria en la reunión anterior (si hubiese varias, se pediría al conjunto del GAM que llegasen a un consenso democrático entre ellas, o que se hiciese una selección al azar, rotando posteriormente). Esta facilitadora continuará en las siguientes sesiones hasta un límite establecido (por ejemplo, un mes). para fomentar la participación de todos los miembros.
 - Seguidamente se pedirá alguna persona voluntaria para leer su “receta de respeto” que se pidió al final de la reunión anterior. Se compartirán ideas y se puede crear un “recetario universal” con todos los ingredientes que surjan.
 - Dinámica: La persona moderadora escribirá en el chat las frases negativas sin cumplimentar: “No soy buena para...”, “Yo no puedo...”, “...no es para mí porque...”. Pedirá a las personas participantes que completen las frases en unos 10 minutos como máximo. Pasado ese tiempo, les pedirá a las personas participantes que transformen esas frases en pensamientos positivos como: “Sería buena para... si...”, “Podría hacer... si...”, “...sería para mí si...”. En las frases positivas, pueden ayudarse de sus compañeros/as si no se les ocurriese nada.
 - Por último, se explicará el concepto de “autorregalo” (algo para uno/a mismo/a) ya sea material o no (charlar o merendar con un amigo/a, pasear, una siesta...) y la importancia que puede tener en una autoestima saludable.

- Cierre: Frase o lema de despedida del grupo: “En primer lugar me quiero, respeto y cuidado de mí misma/o, para así poder cuidar y ayudar luego a los demás”
- **Para la próxima reunión:** Cada persona participante traerá escrito un fragmento de una canción con la que se sienta identificada y lo leerá en voz alta.

REUNIÓN 4: EMOCIONES.

- **Objetivos operativos:**
 - Facilitar la expresión de los sentimientos propios (positivos y/o negativos), así como la escucha activa de los ajenos.
 - Promover la conexión entre participantes y la cohesión del grupo.
 - Describir estados de ánimo y justificarlos.
- **Tiempo aproximado:** 110 min.
- **Recursos y materiales:** Globos, papel y rotulador.
- **Desarrollo de la actividad:**
 - Antes de comenzar el tema propuesto por el GAM, se debe preguntar si alguien necesita hablar o si tiene alguna inquietud.
 - Seguidamente, comenzar con el tema pactado:
 - Cada participante comienza hablando con “Me llamo ... y aprendo con vosotros/as”.
 - En primer lugar, se pedirán los fragmentos de canciones con las que las personas participantes se sienten identificadas, que en la reunión anterior pedimos que trajesen. Todas leerán dichos fragmentos y explicarán por qué se sienten identificadas con la letra.
 - Dinámica: Seguidamente, la moderadora pedirá al resto del grupo que escriba en una hoja su estado de ánimo actual, se sugiere usar el modelo: “Hoy estoy... porque...” o “Hoy me siento... por...”
 - Por último, se realizará otra dinámica, la globoterapia (Boatella-Cumpián & Izquierdo-Carrasco, 2010), consistente en que las asistentes llenen un globo, lo anuden y escriban en él todo lo negativo y todas las dificultades que conllevan en proceso del cuidado. Se dejarán algunos minutos y luego se hará una puesta en común para facilitar la identificación de unas asistentes con otras, o incluso si alguna ha encontrado la forma de solventar una dificultad, puede compartir la idea con las demás, creando un beneficio mutuo a la vez que se descargan sentimientos negativos. Al final, todos los globos se explotarán de la forma en que las personas asistentes prefieran para hacer una paradoja de que, con la ayuda del grupo, algunos de nuestros problemas pueden desaparecer de forma momentánea (durante la duración de la reunión) o permanente (porque se compartan posibles soluciones a los problemas).

- Cierre: Frase o lema de despedida del grupo: “En primer lugar me quiero, respeto y cuido de mí misma/o, para así poder cuidar y ayudar luego a los demás”
- **Para la próxima reunión:** Cada participante elegirá una película o serie con la que se haya sentido identificada. Además, se recomendará la visualización de la película “Inside Out” / “Del Revés” ([https://www.youtube.com/watch?v=x-
xlkjPwaOY](https://www.youtube.com/watch?v=x-
xlkjPwaOY); <https://www.youtube.com/watch?v=ZOWV9F7LnIQ>), la cual trata todo el mundo de las emociones.

REUNIÓN 5: LA ASERTIVIDAD.

- **Objetivos operativos:**
 - Valorar todo el trabajo y esfuerzo que realizan como personas cuidadoras familiares.
 - Aprender en qué consiste la asertividad y conocer los derechos asertivos.
 - Distinguir los obstáculos que impiden ejercer la asertividad.
- **Tiempo aproximado:** 100 min.
- **Recursos y materiales:** Papel y bolígrafo. Anexo 3.
- **Desarrollo de la actividad:**
 - Antes de comenzar el tema propuesto por el GAM, se debe preguntar si alguien necesita hablar o si tiene alguna inquietud.
 - Seguidamente, comenzar con el tema pactado:
 - Cada participante comienza hablando con “Me llamo ... y aprendo con vosotros/a”.
 - En primer lugar, la persona que modera pedirá voluntarios para que comenten la película o serie con la que se sienten más identificados (que fue lo que se pidió en la reunión anterior), favoreciendo el intercambio de ideas y el debate. También se comentará qué les pareció la película “Inside Out” y el importante mensaje que lleva asociado.
 - Luego la facilitadora puede usar la dinámica de “ni Doña Juana ni Juanilla” donde Doña Juana representa a una persona agresiva, que siempre quiere salirse con la suya y Juanilla representa a una persona que se considera inferior y piensa que vale poco. Después de introducir estos personajes, la moderadora explicará la importancia de ser como Juana (ninguno de los personajes anteriores, sino el punto medio), segura de sí misma, que expresa sus sentimientos, dice “no” y “basta” cuando es necesario y sabe pedir ayuda. Se proyectará el Anexo 3 a modo de ejemplo.
 - Dinámica: La persona moderadora organizará un role-play dividiendo el grupo en dos mitades (se puede usar la pizarra digital), una mitad actuará como personas demandantes, mientras que la otra mitad tiene que aprender a decir que no de forma asertiva. Una vez

hecho esto, la facilitadora emparejará a una cuidadora de un grupo con otra del otro al azar y se representarán los papeles (pueden usarse ejemplos de la vida real, experiencias vividas por las personas asistentes). Luego se hará una puesta en común para ver cómo se han sentido en sus respectivos papeles. Para facilitar este trabajo, nos apoyaremos de las “5 reglas de oro en la comunicación” (Anexo 4).

- Finalmente, se les pedirá que escriban en un papel los principales obstáculos que encuentran en sus vidas cotidianas para ser personas asertivas y se intentará proporcionar soluciones entre todos/as. Además, la facilitadora compartirá en pantalla los derechos asertivos (Anexo 5) y se leerán entre todos/as.
- Cierre: Frase o lema de despedida del grupo: “En primer lugar me quiero, respeto y cuido de mí misma/o, para así poder cuidar y ayudar luego a los demás”
- **Para la próxima reunión:** Se pedirá otro voluntario para moderar el GAM. Se sugerirá que las personas cuidadoras impriman los derechos asertivos y los peguen en un lugar visible para recordarlos en el día a día.

REUNIÓN 6: CONTROL DE LA ANSIEDAD.

- **Objetivos operativos:**
 - Reconocer los síntomas de la ansiedad y en qué situaciones aparecen.
 - Aprender a manejar la ansiedad en el día a día.
 - Proporcionar técnicas de relajación para combatir la ansiedad.
- **Tiempo aproximado:** 100 min
- **Recursos y materiales:** Papel y lápices de colores.
- **Desarrollo de la actividad:**
 - Antes de comenzar el tema propuesto por el GAM, se debe preguntar si alguien necesita hablar o si tiene alguna inquietud.
 - Seguidamente, comenzar con el tema pactado:
 - Cada participante comienza hablando con “Me llamo ... y aprendo con vosotros/as”.
 - En primer lugar, y como se hizo en la tercera reunión, se presentará como facilitadora/moderadora a aquella persona que se prestase voluntaria en la reunión anterior (si hubiese varias, se pediría al conjunto del GAM que llegasen a un consenso democrático entre ellas, o echándolo a suerte). Esta persona continuará moderando las sesiones hasta que se haya acordado (por ejemplo, durante un mes).
 - Seguidamente, esta nueva moderadora expondrá sus propios síntomas ansiosos, para favorecer que el resto del grupo se pueda sentir identificado con alguno de ellos y que se abra a compartir sus experiencias.

- **Dinámica: Dibujoterapia** (Boatella-Cumpián & Izquierdo-Carrasco, 2010). La persona moderadora pedirá al grupo que cada persona participante dibuje en un folio lo que significa para ella la ansiedad mediante alguna imagen representativa. Luego se les pedirá que lo muestren a pantalla para que lo vean las demás, explicando en cada caso el dibujo. Si estos están cargados de sentimientos negativos, la moderadora pedirá que se rompan en cámara todos los dibujos realizados. En el caso de que les sea difícil dibujar, se les pedirá que escriban en un papel el significado que tiene para ellas la ansiedad (o ejemplos de situaciones que les hayan producido dicha ansiedad) y se realiza la misma dinámica.
 - Finalmente se llevará a cabo una técnica de relajación. Para ello se usará y compartirá en pantalla el vídeo: https://www.youtube.com/watch?v=4vsiZA89mc4&ab_channel=CODEMMadrid.
- Cierre: Frase o lema de despedida del grupo: “En primer lugar me quiero, respeto y cuido de mí mismo/a, para así poder cuidar y ayudar luego a los demás”
- **Para la próxima reunión:** Les pediremos que busquen fotos, de ahora y de antes, de ellas y de sus familiares, de momentos especiales y cotidianos. Además, pediremos que rellenen a lo largo de la semana los registros de los Anexos 6 y 7, que se les enviarán por correo electrónico.

REUNIÓN 7: INTELIGENCIA EMOCIONAL.

- **Objetivos operativos:**
 - Diferenciar los términos “emoción” y “sentimiento”.
 - Distinguir entre emociones positivas y negativas.
 - Registrar durante una semana sus propias emociones.
 - Reconocer el contexto en el que se produce cada emoción, primer paso para el desarrollo de la inteligencia emocional.
 - Lograr un mayor control sobre las emociones para mejorar la tolerancia y resiliencia.
- **Tiempo aproximado:** 90 min.
- **Recursos y materiales:** Impresos de los Anexos 6 y 7. Fotos personales.
- **Desarrollo de la actividad:**
 - Antes de comenzar el tema propuesto por el GAM, se debe preguntar si alguien necesita hablar o si tiene alguna inquietud.
 - Seguidamente, comenzar con el tema pactado:
 - En primer lugar, recordaremos lo que se pidió en la reunión anterior, es decir, cada asistente enseñará si es posible las fotos que ha buscado y compartirá con el resto qué representa y cómo se siente al acordarse de aquello que la imagen le recuerda. Se animará a que identifiquen si estos sentimientos son positivos o negativos.

- Cada participante comienza hablando con “Me llamo ... y aprendo con vosotros”.
- Dinámica: Lectura por turnos de todas las emociones que hayan recogido en el Anexo 5, reforzando todas las positivas y tratando de eliminar el posible sentimiento de culpa o vergüenza que puedan llegar a experimentar por tener emociones negativas (sobre todo si son respecto al cuidado o a la persona cuidada). Además, se relacionarán las emociones del Anexo 5 con las situaciones que se presentan en el Anexo 6, incluyendo las emociones en contextos determinados.
- Finalmente, podemos leer algunas de las frases del libro “Inteligencia Emocional” de Daniel Goleman y visualizar el vídeo que aparece en la página web: <https://www.psicoadictiva.com/blog/las-mejores-frases-de-daniel-goleman/>.
- Cierre: Frase o lema de despedida del grupo.
- **Para la próxima reunión**: Se puede recomendar la lectura del libro que hemos mencionado antes, si alguno de los asistentes tiene curiosidad por indagar más sobre el tema.

REUNIÓN 8: TIEMPO PARA UNO/A MISMO/A.

- **Objetivos operativos**:
 - Incrementar el tiempo dedicado a sí mismo/a.
 - Tomar consciencia de las actividades agradables.
 - Aumentar el número de actividades de ocio y placenteras.
- **Tiempo aproximado**: 90 min.
- **Recursos y materiales**: Papel y lápiz/bolígrafo.
- **Desarrollo de la actividad**:
 - Antes de comenzar el tema propuesto por el GAM, se debe preguntar si alguien necesita hablar o si tiene alguna inquietud.
 - Seguidamente, comenzar con el tema pactado:
 - En primer lugar, se puede preguntar si todo lo que se comentó en la reunión anterior les suscitó curiosidad por el mundo de las emociones y la inteligencia emocional y si han buscado algo al respecto o, como se sugirió, han empezado a leer o han leído el libro “Inteligencia Emocional” de Daniel Goleman. En caso afirmativo, animar a que cuenten qué les parece/está pareciendo.
 - Cada participante comienza hablando con “Me llamo ... y aprendo con vosotros”.
 - Dinámica: La persona moderadora pedirá que cada participante escriba en un papel cuándo fue la última vez que se dedicaron tiempo a sí mismas y qué hicieron. Además, se pedirá que, por otra parte, escriban aquellas actividades de ocio que solían hacer antes y de las

que disfrutaban pero que el cuidado de su familiar ya no les permite realizar. Se compartirán experiencias por turnos y se permitirá un breve espacio de tiempo entre una interlocutora y otra para que el grupo pueda participar haciendo comentarios.

- Finalmente, se sugiere que realicen un listado de actividades agradables (bien en un papel o en el blog de notas del móvil, por ejemplo), es decir, que vayan apuntando en dicho listado las actividades que les agradan en el momento de disfrutarlas, para ser conscientes de cuáles son (se expondrán ejemplos como: escuchar música, hablar por teléfono con alguna persona en concreto, dar un paseo, jugar a las cartas, ver una serie o telenovela, darse un baño caliente, cantar mientras se hace alguna tarea...).
- Cierre: Frase o lema de despedida del grupo.
- **Para la próxima reunión:** Se pedirá que, antes de la próxima reunión, cada persona participante dedique un día a hacer algo de lo que escribieron que siempre les gustó y ahora no pueden llevar a cabo, proponiendo un “día azul” a la semana para dedicárselo a sí mismas.

REUNIÓN 9: RELATOS DE PERSONAS CUIDADORAS.

- **Objetivos operativos:**
 - Sentirse identificados con los relatos de personas cuidadoras ajenas al GAM.
 - Obtener inspiración para animarse a contar sus propias experiencias respecto al cuidado.
 - Expresar los propios sentimientos libremente, sin ningún tipo de temor al rechazo o a ser juzgados.
 - Crear un mayor grado de conexión y cohesión del grupo si cabe.
- **Tiempo aproximado:** 110 min
- **Recursos y materiales:** Relatos de cuidadoras del anexo 8.
- **Desarrollo de la actividad:**
 - Antes de comenzar el tema propuesto por el GAM, se debe preguntar si alguien necesita hablar o si tiene alguna inquietud.
 - Seguidamente, comenzar con el tema pactado:
 - Cada participante comienza hablando con “Me llamo ... y aprendo con vosotros”.
 - Dinámica: Por turnos, se animará a cada participante a que vaya leyendo para el resto los relatos de las personas cuidadoras incluidos en el Anexo 8.
 - Finalmente, se animará a los participantes a que expresen lo que han sentido durante la lectura de los relatos, si se sienten identificados con algunos aspectos y, sobre todo, se intentará que hablen de sus experiencias personales.
 - Cierre: Frase o lema de despedida del grupo.

- **Para la próxima reunión:** Se sugerirá que cada uno/a escriba su propio relato como persona cuidadora, incluyendo: quién es la persona a la que cuidan, qué supone el cuidado para ellos/as, cómo han ido evolucionando los cuidados necesitados por la persona cuidada a lo largo de los años y sobre todo cómo se han sentido ellos/as ante el aumento de la demanda de cuidados, si tienen a algún familiar que les ayude, qué les aporta el GAM... Finalmente, también se puede facilitar el enlace al portal “Discapnet” de la Fundación Once, donde se puede encontrar un apartado para cuidadores, donde se recogen aplicaciones móviles que pueden ser de gran utilidad. El enlace es el siguiente:
<https://www.discalpnet.es/areas-tematicas/canal-senior/el-cuidador/recursos-del-cuidador/recursos-en-internet>.

Hay que tener en cuenta que la enfermera o profesional encargado seguirá acudiendo a las reuniones como figura de apoyo hasta que el GAM vaya siendo cada vez más autónomo, siendo su participación gradualmente menor hasta que deje de asistir completamente, excepto en el supuesto de que, puntualmente, soliciten su ayuda.

Por otro lado, como los GAMs son abiertos, puede haber nuevos participantes. En estos casos, una persona del grupo deberá contactar antes con esta persona para explicarle el funcionamiento del mismo, o bien, dejar unos 10 min iniciales de la reunión para ello.

Por último, para que todos los miembros del GAM participen, se debe trabajar “por rondas”, es decir, que hablen todas las personas participantes que lo deseen una a una y no volver a repetir el turno de palabra la misma persona hasta que todas hayan hablado o rechazado su turno. Además, si no diese tiempo de terminar una dinámica, se continuaría en la siguiente reunión, pues lo importante es fomentar la expresión de sentimientos y la ayuda mutua, mientras que las dinámicas suponen un recurso para que esto se produzca en el caso de que los miembros del GAM sean pocos participativos o sobre tiempo en las reuniones.

3.3.EVALUACIÓN.

Para evaluar los resultados obtenidos respecto al campo afectivo, se realizarán pretest y postest a las personas participantes para valorar el nivel de sobrecarga, el apoyo social y el funcionamiento familiar percibidos, a través de la escala de sobrecarga del cuidador Zarit (Anexo 9), el cuestionario de apoyo social Duke-UNC (Anexo 10) y el test de Apgar familiar (Anexo 11), respectivamente, los cuales se proporcionarán en la primera reunión, en la novena y al año.

En cuanto a la evaluación de la consecución de los objetivos del campo cognitivo, se llevará a cabo la dinámica “Antes pensaba... y ahora pienso...”, reflejada en el Anexo 12.

Por otro lado, una forma eficaz de evaluar los resultados del GAM respecto a los objetivos en el campo sensitivo-motor (demostrando la capacidad para lograrlos) puede ser mediante los siguientes diagnósticos, criterios de resultados e indicadores enfermeros:

- [00061] Cansancio del rol del cuidador→ [2210] Resistencia del papel del cuidador. Indicadores (1. Inadecuado. 2. Ligeramente adecuado. 3. Moderadamente. 4. Sustancialmente adecuado. 5. Completamente adecuado):
 - [221001] Relación mutuamente satisfactoria entre el cuidador familiar y el destinatario de los cuidados.
 - [221005] Apoyo social para el cuidador familiar.
 - [221008] Descanso para el cuidador familiar.
- [00177] Estrés por sobrecarga→ [2208] Factores estresantes del cuidador principal. Indicadores (1. Grave. 2. Sustancial. 3. Moderado. 4. Leve. 5. Ninguno):
 - [220801] Factores estresantes expresados por el cuidador.
 - [220807] Ausencia de apoyo social percibido.
 - [220820] Carga percibida de problemas de salud progresivos del receptor de cuidados.
- [00053] Aislamiento social→ [1503] Implicación social. Indicadores (1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado):
 - [150301] Interacciona con amigos íntimos.
 - [150303] Interacciona con miembros de la familia.
 - [150311] Participa en actividades de ocio.
- [00060] Interrupción de los procesos familiares→ [2602] Funcionamiento de la familia. Indicadores (1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado):
 - [260202] Cuida los miembros dependientes de la familia.
 - [260204] Distribuye las responsabilidades entre los miembros.
 - [260209] Se adapta a crisis inesperadas.
 - [260222] Los miembros se apoyan entre sí.

Finalmente, para evaluar el proceso del programa, se realizará una encuesta de satisfacción para valorar el grado en que las personas participantes están satisfechas con el desarrollo del GAM y con la plataforma que se está usando para conectarlos (Anexo 13), en términos de expectativas, contenidos, metodología, condiciones y ambiente, utilidad, organización, profesional de apoyo y puntuación global; pudiendo además hacer comentarios, sugerencias y propuestas de mejora.

4. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Este programa se ha realizado teniendo en cuenta que se protegerá el principio de Autonomía del paciente y la confidencialidad de datos según la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente (reflejados en los artículos 2, 7 y 16) y la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos.

Con estas medidas, el programa cumple con los principios éticos de:

- Beneficencia y no maleficencia, ya que los GAMs pretenden ser un medio de desahogo y liberación de la sobrecarga que sufren las personas cuidadoras y, si se

siguen las recomendaciones que se han dado anteriormente sobre el uso de la tecnología, pueden asegurarse la intimidad y confidencialidad necesarias.

- Autonomía, ya que todos/as las personas cuidadoras pueden decidir si quieren o no participar en el GAM virtual.
- Justicia, puesto que no existirán diferencias entre los participantes ya que es en esto en lo que se basan los GAMs, en compartir experiencias entre iguales.

5. CONCLUSIONES/REFLEXIONES FINALES.

Primera: La pandemia de coronavirus ha supuesto un enorme impacto en nuestras vidas, sin duda un antes y un después en la forma en la que enfrentamos nuestro día a día. Las consecuencias han sido devastadoras (muchos contagios, gran número de fallecidos, etc.) y ha hecho mella en muchos aspectos, no sólo físicos, sino, también, psicológicos y emocionales. En concreto para las personas cuidadoras (que ya dedicaban desde antes muchísimo tiempo al cuidado) la pandemia ha supuesto erradicar ya sea de forma total (durante el confinamiento domiciliario) o parcial (con las medidas restrictivas que venimos sufriendo desde el inicio de la pandemia) los pocos momentos de ocio y desconexión con los que contaban, haciendo aún más arduo el hecho de cuidar.

Segunda: Durante el confinamiento domiciliario, la carga de los cuidados ni siquiera se pudo compartir con familiares o con los servicios de atención a la dependencia.

Tercera: Los GAMs tampoco escaparon a este tipo de cancelaciones y/o restricciones, privando a las personas cuidadoras familiares de los beneficios que han ido probando a lo largo de su existencia (permiten paliar la sobrecarga y son una importante red de apoyo).

Cuarta: Este programa pretende, por tanto, ser una opción para que los GAMs puedan llevarse a cabo de una forma segura, mediante pequeñas ventanas que sirvan de espacio de comunicación y libertad desde la seguridad de las propias viviendas de los participantes.

Quinta: Los resultados esperados de este programa son la reducción de la sobrecarga del cuidador, el aumento del apoyo social y la mejora del funcionamiento familiar.

6. AGRADECIMIENTOS.

Quiero agradecer a mi tutora, la profesora y doctora Claudia Bernabéu Álvarez, por aportar siempre ideas creativas para enriquecer este trabajo y por estar disponible para cualquier duda o consulta en cualquier momento. No sólo debo darle las gracias por este trabajo sino por transmitirme su pasión por los Grupos de Ayuda Mutua y sobre todo su amor por la Enfermería en general y por la Enfermería Familiar y Comunitaria como especialidad.

7. BIBLIOGRAFÍA.

- Antevenio (2020, Junio). *Qué es Zoom y cómo puedes usarlo: Guía práctica*.
<https://www.antevenio.com/blog/2020/06/zoom/>
- Bernabéu-Álvarez, C., Faus-Sanoguera, M., Lima-Serrano, M., & Lima-Rodríguez, J.-S. (2020). Revisión sistemática: influencia de los Grupos de Ayuda Mutua sobre cuidadores familiares. *Enfermería Global*, 19(2), 560-590.
<https://doi.org/10.6018/eglobal.392181>
- Bernabéu-Álvarez, C. (2021). Influencia de los Grupos de Ayuda Mutua sobre personas cuidadoras familiares y la salud familiar [Tesis doctoral inédita, Universidad de Sevilla] <https://idus.us.es/handle/11441/108933>
- Boatella-Cumpián, L. & Izquierdo-Carrasco, J. M. (2010). *Guía para realizar talleres con personas cuidadoras*. Distrito Sanitario “Valle del Guadalhorce”. Servicio Andaluz de Salud-Consejería de Salud.
- Bravo-González, F. (2018). *Personas Afectadas De Esclerosis Múltiple: Estrategias Vitales Y Participación Social*.
- Consejería de salud y Familias. (2020). Orden de 13 de marzo de 2020, por la que se adoptan medidas preventivas de salud pública en la Comunidad de Andalucía como consecuencia de la situación y evolución del coronavirus (COVID-19). *Boja*, 13 de marzo.
- Cot, C., Cacciapaglia, G., & Sannino, F. (2021). Mining Google and Apple mobility data: temporal anatomy for COVID-19 social distancing. *Scientific Reports*, 11(1), 4150.
<https://doi.org/10.1038/s41598-021-83441-4>
- Cruz Roja Española (2010). *Guía Básica de recursos para cuidadoras y cuidadores familiares*. Madrid: Cruz Roja Española. Recuperado de http://www.cruzroja.es/docs/2006_3_IS/Guia_Cuidados_Baja.pdf
- La, Y. A. A., & Saad, D. (2020). *IMPACTO DEL COVID-19 EN EL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (SAAD) (Datos a 30 de septiembre de 2020)*. 1–28.
- Lafuente-Robles, N. et al. (2015). *Estrategia de Cuidados de Andalucía: nuevos retos en el cuidado de la ciudadanía: Resumen ejecutivo*. Sevilla: Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud. Recuperado de https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sin_cfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/resumen_ejecutivo.pdf
- López Martínez, J., & Crespo López, M. (2009). *Guía para cuidadores de personas mayores en el hogar: cómo mantener su bienestar*. 166.
http://fama.us.es/record=b2062146~S5*spl
- Lynch, S. H., Shuster, G., & Lobo, M. L. (2018). The family caregiver experience - examining the positive and negative aspects of compassion satisfaction

- and compassion fatigue as caregiving outcomes. *Aging & Mental Health*, 22(11), 1424–1431. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1364344>
- Microsoft (2021, Marzo). *Aprovecha Skype al máximo*. <https://www.skype.com/es/features/>
- MSSSI. (2016). La encuesta europea de salud en España 2014 (INE) + La serie ENSE (MSSSI) = Tendencias de salud en 30 indicadores. *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*, 28. http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf
- Murray, C. J. L., Barber, R. M., Foreman, K. J., Ozgoren, A. A., Abd-Allah, F., Abera, S. F., Aboyans, V., Abraham, J. P., Abubakar, I., Abu-Raddad, L. J., Abu-Rmeileh, N. M., Achoki, T., Ackerman, I. N., Ademi, Z., Adou, A. K., Adsuar, J. C., Afshin, A., Agardh, E. E., Alam, S. S., ... Vos, T. (2015). Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition. *The Lancet*, 386(10009), 2145–2191. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)61340-X](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)61340-X)
- Navarro-Abal, Y., López-López, M. J., Climent-Rodríguez, J. A., & Gómez-Salgado, J. (2019). Sobrecarga, empatía y resiliencia en cuidadores de personas dependientes. *Gaceta Sanitaria*, 33(3), 268–271. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.009>
- Oliva-Moreno, J., Peña-Longobardo, L. M., & Vilaplana-Prieto, C. (2015). An Estimation of the Value of Informal Care Provided to Dependent People in Spain. *Applied Health Economics and Health Policy*, 13(2), 223–231. <https://doi.org/10.1007/s40258-015-0161-x>
- Organización Mundial de la Salud. (2018, Febrero). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Servicio Andaluz de Salud (2020, Marzo). *Aplicación web CIRCUIT*. https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sin_cfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2020/guia_rapida_circuit_v1_2.pdf
- Universidad Carlos III de Madrid (2020, Septiembre). *Google Meet: Videoconferencia*. <https://www.uc3m.es/sdic/servicios/google-meet>

8. ANEXOS.

8.1. ANEXO 1: GUÍA PARA LA CREACIÓN DE GRUPOS VIRTUALES

1. Crear el grupo virtual con los miembros que habitualmente lo frecuentan, en este caso recomendamos que sean entre 6 y 10 (si, al ser un grupo abierto, se alcanzasen los 12, dividiríamos al grupo en dos grupos de 6 miembros).

2. Funcionará a la misma hora y el mismo día de la semana. Sin embargo, para permitir la mayor participación posible, también podría ser modificada, aprobada en unidad por el grupo, el día y la hora que más convenga al grupo.

3. Las reuniones durarán el mismo tiempo que las presenciales, unos 90 minutos, pudiéndose alcanzar por consenso los 120.

4. La frecuencia de las reuniones es totalmente flexible: semanal, quincenal o mensual. En principio lo más positivo es una vez en semana y cuando ya ha sido creada la adherencia sí que se puede ser más flexibles y espaciarlo, siempre previo consenso del grupo.

5. Funcionamiento:

- a) El día de la reunión, el responsable de conectar el grupo establece contacto con todos los miembros a tiempo, es decir, a la hora de inicio de la reunión.
- b) Algunos minutos antes, el Moderador del grupo (o, si resulta más fácil, el responsable de conectarlo) anuncia que la reunión está lista para iniciar.
- c) Los miembros entran al grupo con un saludo (por ejemplo, "presente", "hola" o con una señal).
- d) La reunión comienza con la bienvenida del Moderador.
- e) El Moderador solicita que los participantes mantengan los micrófonos en silencio, encendiéndolos solamente para intervenir. **Se recomienda el uso de auriculares, así como mantener la cámara encendida (siempre que sea posible) para que todo el grupo pueda asegurarse de que no hay personas ajenas que estén escuchando la reunión.** Estas dos recomendaciones promueven el cumplimiento de una de las normas de funcionamiento: la confidencialidad.
- f) En primer lugar, y como se ha expuesto ya en la primera reunión recogida anteriormente, se lleva a cabo la presentación de todos los miembros (ejemplo: "Hola me llamo... y soy familiar de una persona con...")
- g) Luego, se abre un espacio para la exposición de inquietudes.
- h) Presentación del tema y de los libros o folletos de la literatura que se van a usar.
- i) El Moderador abre la reunión recordando que el tiempo de las intervenciones de cada miembro deberá permitir a hablar a todos (5-10 minutos/miembro, según el número de participantes).
- j) Los participantes son invitados a proponer el tema de la próxima reunión.
- k) Clausura de la reunión invitando a todos los miembros a decir la frase o lema de despedida del grupo: "En primer lugar me quiero, respeto y cuido a mí misma/o, para así poder cuidar y ayudar luego a los demás".
- l) Este esquema será el que se siga en cada una de las reuniones.

7. Se sugiere que los grupos virtuales tengan más de un responsable para la conexión de los participantes (por ejemplo, más de dos moderadores, por si alguno falla ese día).

8.2.ANEXO 2: POSIBLES NORMAS DE FUNCIONAMIENTO DE UN GAM

- Ayuda mutua: Entendida como instrumento para mejorar la gestión de su salud: “solidaridad/reciprocidad”.
- Igualdad: No existen jerarquías, no hay miembros con más derechos que otros.
- Superación: Podría suponer el punto de partida de la recuperación del proyecto vital.
- Reciprocidad: Las obligaciones de dar-recibir-devolver se adquieren a partir de la asociación voluntaria una vez ha surgido la necesidad.
- Confidencialidad: Ligado al respeto que merecen las experiencias personales de vida de los miembros, estas experiencias no deben salir del grupo.
- Hablar de y desde la propia experiencia. No se utilizan ejemplos de “otros”.
- Nunca se aconseja ni se juzga, nadie es perfecto y, por tanto, nadie puede emitir una verdad absoluta que los demás tengan que seguir.
- Verdad: Es necesario quitarse las “caretas” y abrirse a los demás, y es que los demás son pares que viven la misma situación vital.
- Respeto: Por la persona que está hablando, para que también lo respeten a uno/a mismo/a.
- Escuchar y ser escuchado, no interrumpir a nadie ni entrar en conversaciones. Hasta que no pase el turno de palabra de todos, la misma persona no puede hablar otra vez.
- Participar activamente: En cualquier intervención de un participante puede hallarse la solución al problema de otro miembro.
- Autonomía e independencia: La participación debe ser totalmente voluntaria desde su ingreso hasta su abandono.
- Grupo abierto: Que se incorporen nuevos miembros, revitalizan los encuentros y aportan con sus experiencias nuevos puntos de vista.
- Prohibido prohibir: No hay lugar para ningún tipo de mecanismo de coacción y no se obliga a nadie a hacer algo que no quiera.
- Colaboración: Las actividades a desarrollar son responsabilidad de todos y se reparten entre los miembros del grupo.
- Democracia: Los acuerdos y decisiones que tome el GAM deben estar consensuados entre todos sus miembros y la aceptación de los mismos debe hacerse por mayoría en votación.

Nota: Extraído de la Guía de Grupos de Ayuda Mutua de Alberca-Muñoz (2014), el Documento Guía para la Constitución y Gestión de Grupos de Ayuda Mutua en Salud Mental de María-Sampietro & Carbonell-Ferrer (2016) y el Manual de consulta sobre grupos de ayuda mutua de personas con discapacidad física de Moya-Olea & Costa-Vidiella (2008).

8.3.ANEXO 3: TIPOS DE COMUNICACIÓN

Mayte cuida a Antonina, su suegra, que padece insuficiencia respiratoria y se ha fracturado la cadera. Oscar es el marido de Mayte. Identificad y debatid sobre los estilos de comunicación que adopta Mayte en cada conversación (pasiva, asertiva o agresiva).

A) Mayte: ¿Podrías ayudarme a mover a tu madre de la silla al sofá?

Oscar: No, estoy viendo el partido de fútbol.

Mayte: Bueno, vale.

B) Mayte: ¿Podrías ayudarme a mover a tu madre de la silla al sofá?

Oscar: No, estoy viendo el partido de fútbol.

Mayte: Eres un comodón, todo el trabajo con tu madre lo tengo que hacer yo. ¡Menuda ayuda tengo contigo!

Oscar: Venga, no te pongas trágica y déjame ver la tele.

C) Mayte: ¿Podrías ayudarme a mover a tu madre de la silla al sofá?

Oscar: No, estoy viendo el partido de fútbol.

Mayte: Hay que cambiar a tu madre de postura para que no se haga llagas y yo sola no puedo moverla. ¿Falta mucho para el descanso o final del partido?

Oscar: No, termina en cinco o diez minutos.

Mayte: ¿Entonces, cuando termine el partido, dentro de cinco o diez minutos, me avisas para mover a tu madre?

Oscar: Vale.

Nota. Extraído de la Guía para Cuidadores de Personas Mayores en el hogar de López & Crespo (2009).

8.4.ANEXO 4: LAS 5 REGLAS DE ORO EN LA COMUNICACIÓN

- 1 Mirar a los ojos sin resultar desafiante
- 2 Decir las cosas que me gustan y que no me gustan pero sin dañar al otro o la otra
- 3 Expresar cómo me siento cuando se produce una situación que deseo cambiar
- 4 Proponer el cambio pero no imponerlo. Aprender a utilizar el "Me gustaría..."
- 5 Intentar llegar a un acuerdo.

Nota. Extraído de la Guía F de Intervención y Apoyo a Familias de Personas con Discapacidad de la Junta de Andalucía (2011).

8.5.ANEXO 5: DERECHOS ASERTIVOS

Los derechos asertivos (grado de respeto hacia uno/a mismo/a) son los siguientes:

- Tengo derecho al respeto y a la dignidad.
- Tengo derecho a sentir y a expresar sentimientos (positivos y negativos).
- Tengo derecho a establecer mis prioridades y a tomar mis propias decisiones.
- Tengo derecho a cambiar de opinión.
- Tengo derecho a decidir qué hacer con mi tiempo y mis pertenencias.
- Tengo derecho a pedir reconocimiento expreso por un trabajo bien hecho o por mi esfuerzo.
- Tengo el derecho a pensar todo el tiempo que necesite antes de dar una respuesta.
- Tengo derecho a pedir información y a decir "no lo entiendo".
- Tengo derecho a negarme a una petición (a decir "no").
- Tengo derecho a cometer errores (y a responsabilizarme de ellos).
- Tengo derecho a no justificarme ante los demás.
- Tengo derecho a pedir un cambio de comportamiento.
- Tengo derecho a no seguir los consejos de los demás.
- Tengo derecho a pedir lo que necesito o deseo.
- Tengo derecho a solicitar ayuda o apoyo emocional.
- Tengo derecho a tener mis propios sentimientos y emociones.

Nota: Extraído de la Guía de apoyo para el moderador de Grupos de Ayuda Mutua de la Federación Andaluza de Asociaciones de usuarios/as de Salud Mental (2014).

8.6.ANEXO 6: REGISTRO DE EMOCIONES

A lo largo del día o al finalizar cada día, durante la próxima semana (al menos tres días), marque las emociones que ha sentido. Te facilitamos un listado que puede servirte de orientación y a continuación el registro que debe realizar durante los próximos días.

Esto te ayudará a ser más consciente de las emociones, y en consecuencia desarrollarás mayor capacidad para su manejo.

Aburrimiento	Estrés	Negativismo	Resentimiento
Alegría	Envidia	Negación	Resignación
Angustia	Entusiasmo	Ofendido	Satisfacción
Apreciación	Fastidio	Odio	Serenidad
Autoconfianza	Frustración	Optimismo	Soberbia
Compasión	Hastío	Paciencia	Tranquilidad
Culpa	Hostilidad	Pánico	Ternura
Celos	Impaciencia	Preocupado	Timidez
Confusión	Indiferencia	Pesimismo	Tristeza
Depresión	Insatisfacción	Rebeldía	Vergüenza
Desesperación	Inseguridad	Rechazo	Valentía
Desconfianza	Irritación	Rencor	Vitalidad
Esperanza	Miedo		

Día/Hora	Emoción	Pensamiento	Sensación corporal	Conducta o acción	Algo que añadir...

8.7. ANEXO 7: DESCRIPCIÓN DE MÍ MISMO/A

Lo más importante para poder desarrollar tu inteligencia emocional es saber quién eres, como actúas ante el mundo, qué te hace feliz, qué te enfurece, tus virtudes y tus defectos. Realiza una descripción de ti mism@ en diferentes áreas de tu vida y reflexiona sobre tus reacciones y emociones.

Con mi familia	Con mis amigos	Con la persona cuidada	Otros espacios (en el GAM, trabajo, asociación de madres/padres, grupo deportivo, coro o grupo musical...)

8.8.ANEXO 8: RELATOS DE PERSONAS CUIDADORAS

CUIDADORA DE ABUELA PLURIPATOLÓGICA (Extraído de: <http://www.index-f.com/edocente/107pdf/10742.pdf>)

Claudia, de 26 años, cuida de su abuela de 74 que tiene taquicardia supraventricular paroxística, enfisema pulmonar, talasemia minor e insuficiencia renal. Al ser dependiente, Claudia vive con ella y la cuida en solitario, sin recibir ayuda ni apoyo externo.

La experiencia de Claudia puede verse reflejada en los siguientes ejemplos:

- *“En el hospital fui yo quien la cuidó, porque mis tíos venían a verla un rato, pero no le aportaban ni su tranquilidad ni cuidados por lo que me ofrecí y me quedé con ella.”*
- *“Aprendí allí a ayudarla a asearse, o asearla completamente, la medicación, los resultados de pruebas que le hicieron...”*
- *“Fue un mes de muchas complicaciones y de mucho miedo, pensé que se moría.”*
- *“He pensado muchas veces que yo no sería útil trabajando de enfermera, fíjate que me tenía a mí misma como una inútil.”*
- *“Para mi cuidar de mi abuela me ha supuesto muchos sacrificios, de verdad que no lo digo en mal sentido, sino en el mejor de todos.”*
- *“Soy hija única así que imagínate, no he tenido hermanos chicos siquiera, pero de verdad que lo volvería hacer, [se le saltan las lágrimas], he leído mucho sobre el estrés que sufren los cuidadores, el peso que soportan, y la responsabilidad, pero también he de decir que ellos, los dependientes, un abuelo, madre, o hermano, nos aportan mucha alegría, compañía, agradecimiento, y eso es algo que también es admirable en ellos.”*
- *“...porque a pesar del miedo, el estrés, la impotencia en muchas ocasiones por el hospital, las medicinas, compensa todo cuando llego por la noche y me echo a su lado y le leo algún trozo de novela...”*
- *“Sé que muchos echarán de menos las fiestas, las juergas y colocones, pero, aunque a veces me acuerde de esa época, siempre caigo en mi situación, y en que quiero seguir tomándola, por eso siempre le digo a mi mami: yo te cuido, y me haces muy feliz.”*

CUIDADORA DE MARIDO CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (Extraído de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100014&lng=es&tlng=es)

Carmen cuida desde hace 11 años de su marido Antonio que fue diagnosticado de Alzheimer cuando tenía 52 y más tarde también de cáncer.

La experiencia de Carmen puede verse reflejada en el siguiente relato:

- El diagnóstico: *“Me fui dando cuenta poco a poco de la enfermedad, yo no sabía nada de ella, pero vi que le pasaba algo raro.”*

- Búsqueda de información: *“Empecé a comprar y a leer libros y me fui enterando de todo.”*
- Avance de la enfermedad y surgen complicaciones: *“Después vino la segunda fase, se le complicó otra cosa más porque le salió un tumorcito en la nariz, le operaron cuatro veces y resultó ser malo.” “No le pueden poner quimio ni radioterapia porque el Alzheimer lo tiene muy avanzado, así que lo está viendo un equipo de paliativos.” “Ahora estoy luchando con dos enfermedades muy gordas como el Alzheimer y el Cáncer y lo estoy pasando muy mal porque él ya está muy mal.”*
- Dependencia total: *“Desde hace ya tiempo se lo tengo que hacer todo porque se desconcierta mucho en la casa.”*
- Economía: *“[...] a ver dónde va una familia de cuatro personas una con Alzheimer y Cáncer con el gasto que eso lleva porque sí, la seguridad social te da todas las medicinas, pero hay muchas cosas que no las da, ¿qué pasa? con esos gastos no puedo tirar.” “¡Imagínate la cantidad de gastos que tengo en mi casa!, miles de cosas para salir de doscientas mil y algo, imagínate los números que tengo que hacer.”*
- Salud propia y sobrecarga: *“Yo también estoy mala”. “Duermo muy mal, porque todavía estoy en la misma cama.” “[...] cuando no puedo más de dolores, me meto en la cama y me levanto a las siete y cuarto.” “En casa está pegado a mí, si estoy guisando está pegado a mí, si voy para el cuarto de baño no me deja ducharme, no me deja entrar al servicio. Eso es horroroso, imagínate una persona todo el día pegado, que te vuelves y estás tropezando con ella.” “Hay días que estoy muy depresiva, la semana pasada fue malísima, no quería llorar delante de mis hijos, quería estar sola, no quería hablar con nadie.”*
- Apoyo familiar y social: *“Mi familia, puedo contar con mis hermanas que me apoyan muchísimo, me ayudan muchísimo y en un momento dado puedo dejárselo, pero es que él tampoco se quiere quedar con ellas porque le gusta salir.” “Mis amigos cada uno tienen sus trabajos y sus cosas.” “Me estoy encerrando mucho, no tengo ganas de salir a ningún lado, no tengo ganas de nada.”*
- La asociación (AFA): *“Vine un día por la mañana y entonces me atendieron muy bien, me estuvieron explicando de qué va esto y que lo trajera unos diítas para probar.” “La asociación me está ayudando muchísimo porque yo cuando entré no sabía nada, estaba metida en un pozo en el que no veía nunca la claridad.”*
- La unidad de memoria: *“Él está aquí muy contento, lo que pasa es que no se acuerda de nada. Pero vamos, así y todo, estoy muy conforme y muy contenta de que esté aquí porque hace cositas: aquí hacen dibujo, gimnasia, muchas cosas que él a mí no me cuenta, pero yo sé que las hace, porque hay veces que me he quedado y lo he visto.”*
- El futuro: *“La psicóloga me está enseñando a no pensar en él.” “Intento rechazarlo, pero hay días que estoy muy deprimida y no puedo rechazarlo porque yo veo el futuro [silencio] muy oscuro.”*

CUIDADORA DE HERMANO Y MADRE DEPENDIENTES TOTALES (Extraído de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962005000100013&lng=pt&nrm=iso&tlng=es)

Esta cuidadora se encarga de atender a su hermano (totalmente dependiente por parálisis cerebral desde su nacimiento) y además de su madre, también totalmente dependiente, cuando ella sufre un derrame cerebral, llegando a estar 25 días en coma. Se turnan para los cuidados ella y sus tres hermanas, su hermano, el mayor, no interviene.

Su experiencia puede verse reflejada en el siguiente relato:

- Cuidando desde la infancia: *“Estaba acostumbrada, desde siempre me he criado con él y lo hemos vivido desde que hemos nacido, siempre.” “Lo llevaba bien, mis hermanas y yo veíamos a mi mamá y ha sido siempre pues lo más importante en la casa, lo primero en mi casa.” “Pero que siempre es lo que has vivido, pues a lo mejor no sabes si ha marcado tu vida o no, la vida en la casa es la que has vivido, pues no puedes decir “si no hubiera estado, hubiera sido de otra manera”.”*
- Aprender los aspectos del cuidado: *“Él no puede absolutamente nada, él siempre en su sillón, o en la silla de ruedas, pero atao, hemos tratado miles de veces que dijera si tenía gana, pero es que eso no.” “Costó un montón de tiempo reconocer que le daba vergüenza, pero ya cada vez lo íbamos entendiendo mejor.” “[...] luego ya le poníamos la radio y se dio cuenta ella que con la radio se entretenía mucho y entonces siempre estaba la radio puesta.”*
- La madre siempre al frente de los cuidados (el género en los cuidados): *“Cuidarlo, siempre mi mamá, la responsabilidad la tomó mi madre y ya está. Levantarlo y acostarlo siempre ella sola, aunque han estado mi hermano, mi papá, fuertes y todo, pero quien lo ha cogido ha sido ella o nosotras.” “Ellos [el hermano y el padre] no han ayudado nunca, que hay que llevarlo pacá payá, y pesa, pero ni chico ni grande, ellos no lo han cogido nunca y se llevaban muy bien.” “Habrá sido la costumbre o lo que sea, hemos estado más en la casa o lo que sea y ya está, claro ya no es la fuerza, es la mañilla.”*
- La madre también se hace dependiente: *“Hace tres años a mi mamá le dio un derrame cerebral por la noche y por la mañana nos la encontramos en el suelo, estuvo 25 días en coma y ya está, y luego decían que la recuperación es muy lenta, muy lenta, y se ha recuperado algo, pero lo mínimo, nada, en fin, que no.” “Ahora ya no nos queda más remedio que hacer guardias, ya no es un enfermo, son dos.” “Ni un minuto solos, no es que tengas a tu madre mala, esto es toda la vida, a veces te vas con dolores hasta en el corazón.”*
- Aprender a organizarse: *“Por la mañana viene la asistenta dos horas menos cuarto, todos los días menos los sábados y los domingos y festivos.” “Se levanta a uno, se baña de alto a bajo y hasta que no se toma la manzanilla y las medicinas no nos pasamos a la otra.” “Siempre estamos dos personas, porque una sola no puede.” “Pendientes de ellos todo el día.”*

- Comunicarse con las personas dependientes: *“Te das cuenta cuando ella se orina, pues que empieza: “eeemmm” así, porque ella es muy expresiva, y le cambia la cara cuando quiere algo.” “Ella [la madre] llora, y no para de mirarlo, es que la cosa que ha tenido siempre con él, pues mala como está, y en su mundo como está, siempre pendiente de él.” “Esto es lo que hay, qué vamos a hacer, nos ha tocado esto y otras cosas habrá peores.”*

DISCURSO DE PERSONAS CUIDADORAS QUE ASISTEN A GAM (Extraído de: <https://ciberindex.com/index.php/ec/article/view/e11222>)

En el siguiente relato se incluye lo que cuentan 8 personas cuidadoras diferentes que acuden a GAM sobre cómo les ha cambiado la vida en distintos aspectos desde que están en el grupo:

- Capacidad para resolver problemas: *“(C1) Hay veces que nos levantamos y no sabemos qué hacer ni qué decir, totalmente embotados... Y aquí encontramos una paz, una resolución a nuestros problemas.”*
- Cohesión grupal: *“(C2) Da igual a quién cuidemos y la enfermedad que tenga... Todos compartimos problemas parecidos y hablamos de cosas que no entienden fuera de aquí”. “(C3) Al principio de la enfermedad se tienen muchos amigos, pero poco a poco, con el tiempo, desaparecen... Aquí estamos unidos, nos entendemos y apoyamos unos a otros”, “(C7) Te desahogas con alguien que te entiende. Esto no se puede hablar con los amigos, pero el que pasa por lo mismo que tú, sabe lo que estás sintiendo”.*
- Autoestima y confianza: *“(C4) Este grupo me ha dado la vida...He estado al borde del suicidio varias veces y desde que estoy aquí, no he vuelto a intentarlo. Tan sólo tuve un intento de suicidio a las pocas semanas de acudir al grupo, pero ya llevo cinco años y cada día me encuentro mejor”. “(C6) Me siento con más ganas de vivir, de arreglarme más, que había perdido las ganas de pintarme, peinarme... Me siento más realizada desde que participo”.*
- Serenidad y tranquilidad: *“(C1) Llego a mi casa muy relajada, te desahogas”. “(C2) Estoy más relajada, no me agobio tanto.”*
- Sentimiento de culpa y remordimientos: *“(C5) Antes, cuando lo dejaba solo me sentía culpable. Ahora veo que no hago nada malo”.*
- Relaciones familiares: *“(C4) Mi familia me dice que vaya al grupo”. “(C8) He sentido rabia hacia mi hermana y eso ha mejorado desde que estoy en el grupo”.*

8.9.ANEXO 9: CUESTIONARIO ZARIT

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

CUESTIONARIO –ZARIT-

Población cuidadora de personas dependientes. Es un cuestionario **autoadministrado**

Instrucciones para la persona cuidadora:

A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente Vd. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					

8.10. ANEXO 10: CUESTIONARIO DUKE-UNC



Servicio Antialérgico de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

CUESTIONARIO DUKE-UNC -

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario autoadministrado

Instrucciones para el paciente: En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
PUNTUACIÓN TOTAL					

8.11. ANEXO 11: TEST DE APGAR FAMILIAR

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Instrucciones: Por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
PUNTUACIÓN TOTAL			

8.12. ANEXO 12: DINÁMICA “ANTES PENSABA... Y AHORA PIENSO...”

Ejemplos:

- Antes pensaba que no podía dejar sólo a mi ser querido porque sería como abandonarlo y me sentía culpable. Ahora pienso que es necesario que yo descanse y me tome un respiro de vez en cuando.
- Antes pensaba que era yo la única/o que tenía que ocuparse de mi familiar. Ahora pienso que puedo pedir ayuda a familiares/amigos y a las instituciones.
- Antes pensaba que siempre debía anteponer las necesidades de mi familiar a las mías propias. Ahora pienso que es esencial que yo tenga cubierta mis necesidades primero para poder encargarme luego de las de mi ser querido.
- Antes pensaba que debía guardarme mis sentimientos y emociones para mí mismo/a porque no eran importantes en mi situación. Ahora pienso que es crucial que comparta mis sentimientos y me desahogue con una persona de confianza o en el grupo.
- Antes pensaba que debía sentirme culpable por no saber qué hacer o cómo atender a mi familiar en ciertas circunstancias (como un empeoramiento) o en ciertos aspectos. Ahora pienso que es legítimo desconocer algunos aspectos de la enfermedad de mi ser querido y que por ello tengo derecho a demandar información a los profesionales.
- Antes pensaba que mi ser querido era lo primero. Ahora pienso que, si no cuido primero de mí mismo/a, no me sentiré bien y esto repercutirá directamente sobre los cuidados a mi familiar.

8.13. ANEXO 13: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Actividad: <u>GRUPO DE AYUDA MUTUA PARA PERSONAS CUIDADORAS</u>					
Fecha:					
<p>Este cuestionario es anónimo; por tanto, rogamos responda con sinceridad y objetividad. Su opinión será de gran utilidad para mejorar la calidad de la atención en el futuro. Entregue el cuestionario una vez cumplimentado.</p>	SEXO Hombre... <input type="checkbox"/> Mujer..... <input type="checkbox"/>	EDAD 18 a 25..... <input type="checkbox"/> 26 a 40..... <input type="checkbox"/> 41 a 55..... <input type="checkbox"/> > 55..... <input type="checkbox"/>			
Valore de 1 a 5 su aceptación de los diversos aspectos del grupo (1 valor más negativo y 5 el más positivo)					
EXPECTATIVAS					
1. Las expectativas se han cumplido.	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTENIDOS					
2. El contenido que se trata se adapta a mis necesidades como cuidador/a.	1	2	3	4	5
3. El nivel de profundidad de los temas es el adecuado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
METODOLOGÍA					
4. Las técnicas de grupo utilizadas son las adecuadas.	1	2	3	4	5
5. Se permite una participación activa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. La documentación/materiales son útiles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONDICIONES Y AMBIENTE					
7. La plataforma virtual usada.	1	2	3	4	5
8. El ambiente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. El horario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UTILIDAD					
10. Puntúa la utilidad del grupo.	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ORGANIZACIÓN					
11. La organización general le parece...	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERSONAL SANITARIO PRESENTE					
12. Enfermera 1 -Nivel de conocimientos -Capacidad comunicativa -Fomenta la participación	1	2	3	4	5
13. Enfermera 2 -Nivel de conocimientos -Capacidad comunicativa -Fomenta la participación	1	2	3	4	5
RESUMEN					
14. La actividad merece una evaluación global de...	1	2	3	4	5

COMENTARIOS SOBRE EL GRUPO	
¿QUÉ ES LO QUE MÁS LE GUSTÓ DEL GRUPO?	¿Y LO QUE MENOS LE HA GUSTADO?
1.-	1.-
2.-	2.-
3.-	3.-
SUGERENCIAS Y PROPUESTAS DE MEJORA	
ÁREAS DE MEJORA QUE PROPONE Y/O QUE LE INTERESA	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	