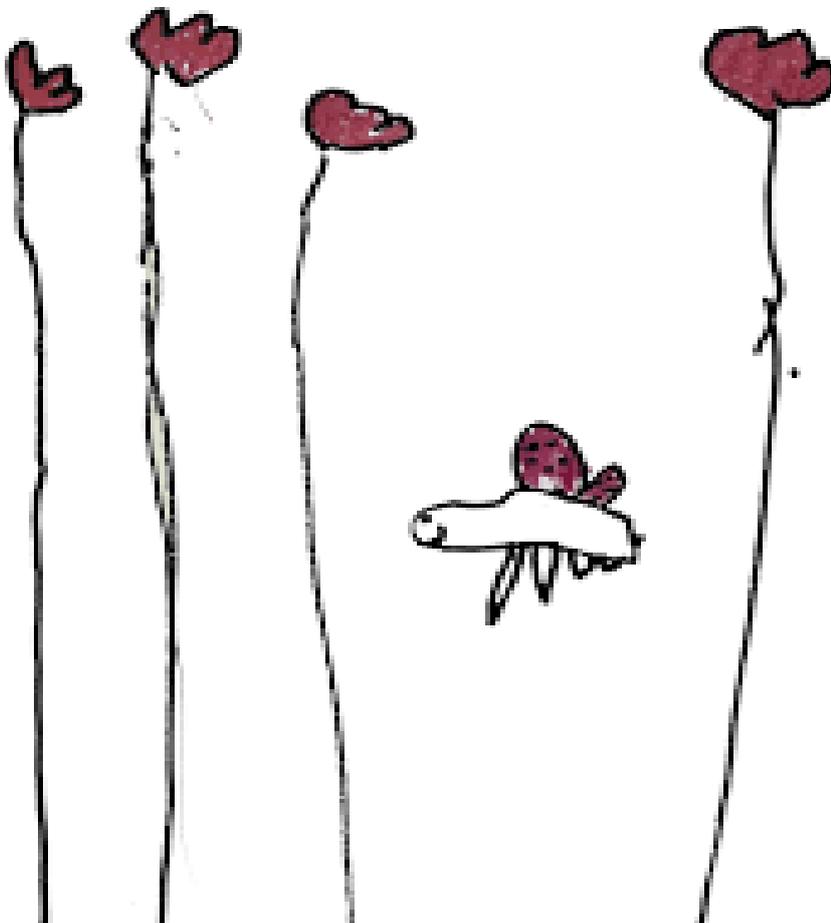


TRABAJO FINAL DE GRADO

Plan de cuidados estandarizado para cuidadores principales de personas en situación de dependencia, según el modelo de Callista Roy y usando como vía de adaptación el arteterapia



Alumna: María del Carmen Rodríguez Ávila mrodrigueza@escs.tecnocampus.cat

Tutora: Dra. Susana Santos Ruíz

4º Grado en Enfermería
Curso 2015/16

Índice

1. Resumen/Abstract.....	3
2. Introducció.....	5
1.1. La persona en situació de dependència i el cuidador principal.....	5
1.2. Marco conceptual.....	6
1.3. Justificació i relevància.....	10
2. Objectius.....	11
3. Metodologia.....	11
4. Resultados.....	12
4.1. Valoració.....	12
4.2. Diagnòstics de enfermeria i planificació.....	15
4.3. Proposta de acció desenvolupada.....	17
5. Conclusions i recomenacions de praxis futures.....	20
6. Implicacions potencials a la pràctica professional i innovació.....	21
7. Cronograma.....	21
8. Referències bibliogràfiques.....	23

1. Resumen

Introducción:

Los cuidados dispensados a personas en situación de dependencia (PSD), son llevados a cabo por cuidadores principales (CP); estos tienen el compromiso de ayudarlos o suplirlos en las actividades básicas de la vida diaria e instrumentales, comportando una importante sobrecarga física y emocional, requiriendo actuaciones resolutivas y creativas por parte de enfermería.

Objetivo:

Realizar un Plan de Cuidados Estandarizado basado en la implementación del modelo de Callista Roy y una terapia artística (arteterapia), para CP de PSD.

Metodología:

Usando el marco conceptual del modelo de enfermería de Callista Roy se realizó revisión bibliográfica para poder definir el paciente tipo al que aplicar el PCE. A través de los modos afectados y estímulos condicionantes de comportamientos se elaboraron los diagnósticos enfermeros utilizando la taxonomía NANDA. Para plantear los resultados e intervenciones de enfermería, se usaron la clasificación NOC y NIC, implementando el arteterapia en esta última (se presenta propuesta de acción desarrollada).

Resultados y discusión:

Todos los modos adaptativos se hallan afectados en los CP. Se han obtenido 5 DxE, del que destaca: *Estrés por sobrecarga*, con el NOC asociado: *Bienestar del cuidador principal* y la NIC indicada: *Facilitación de la comunicación por medio de dibujos u otras formas de arte*.

Una vez desarrollado el plan se ha establecido el desarrollo concreto de la intervención a realizar en formato de curso semanal.

Conclusión:

Una vez desarrollada la propuesta, se requieren de estudios futuros que evalúen la eficacia del arteterapia en la reducción de los niveles de estrés y del aislamiento social en los CP.

Palabras clave

Cuidador principal. Dependencia. Sobrecarga. Estrés. Planes de cuidado. Modelos enfermería. Arteterapia.

Abstract

Introduction:

Care provided to people in situations of dependency (PSD), are carried out by primary caregivers (CP); these are committed to help them or supplement them in basic activities of daily living and instrumental entailing a significant physical and emotional overload and requiring resolute and creative action by nurses.

Objective:

To realize a Standardized Care Plan based on the implementation of the model of Callista Roy and the art therapy (art-therapy) for CP PSD.

Methodology:

Once used the conceptual framework of nursing model of Callista Roy, a bibliographic review was conducted to define the type of patient who apply the PCE in. Through those affected and behavioral conditioning stimulus modes, nursing diagnoses were developed using the NANDA taxonomy. To put the results and nursing interventions, the NOC and NIC classification was used, implementing art therapy in the latter (proposed action developed presented).

Result and discussion:

All adaptive modes are affected in CP. 5 DE have been obtained, which highlights: Stress by overload, as NOC; Welfare of the main caregiver, as NIC; Facilitation of communication through drawings or other art forms.

Once developed the plan, a concrete development of the intervention has been set to be performed in weekly-course format.

Conclusion:

Once developed the proposal, further studies are required to assess the effectiveness of art therapy in reducing levels of stress and social isolation in the CP.

2. Introducció

1.1. La persona en situació de dependència i el cuidador principal

La figura de una persona dependent que requereix de cures i ajuda en les activitats bàsiques de la vida diària i activitats instrumentals de la vida diària, provoca notables canvis en el nucli familiar i en els rols de seus components. L'ajuda que se ofereix a aquestes persones en situació de dependència (PSD) sol ser intensa i duradera ¹.

Segons l'Organització Mundial de la Salut: *la essència mateixa de la dependència radica en no poder viure de manera autònoma i necessitar de forma duradera l'ajuda d'altres per a les activitats ordinàries de la vida quotidiana* ².

Segons el informe sobre Discapacitat i Dependència en Espanya ¹, un 8,5% de la població espanyola pateix discapacitat o limitacions (físiques y/o psíquiques); gran part d'aquestes persones són majors, i se prevé un augment de l'envel·liment en la població a partir de l'any 2020; això provocarà simultàniament un augment significatiu de PSD que requeriran de cures ².

La major incidència de PSD es troba entre les persones majors de 65 anys (2 de cada 3), sent més prevalent en el sexe femení (3:1) i amb un nivell educatiu baix. No obstant això, la dependència pot aparèixer en qualsevol moment de la vida, en qualsevol persona i a qualsevol edat (excluint-se als nens de 0-5 anys, aquests són considerats defectuosa dependents); per exemple, en persones víctimes d'accidents laborals o de tràfic, en afectades per malalties degeneratives, etc. ¹

La situació de dependència pot ser causada per discapacitats de tipus mental, osteoarticular y/o sensorial; sent la discapacitat mental la causa més prevalent en nens (>6 anys) i les dos restants es trobarien entre la població adulta, degut als problemes degeneratius. Cal fer menció, que encara que la prevalència en nens sea menor, la gravetat de la discapacitat és més elevada, així com en les persones més longeves ¹.

Les cures solen ser portades a terme en el domicili per un únic cuidador: el "cuidador principal" ³ (CP), exercint una càrrega sobre ell i repercutint en la seva salut física i emocional de forma negativa ⁴. La mitjana d'edat del CP oscil·la entre els 45-70 anys, majoritàriament del sexe femení, ama de casa, amb estudis primaris i un nivell cultural baix; el tipus de parentesc amb la PSD és de familiar directe (muller o filla) ⁵⁻⁷.

Se define como CP a *aquella persona que asiste o cuida a otra persona afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales*, convive con el paciente o le dedica la mayor parte de su tiempo ⁵.

Debido a la elevada carga derivada del cuidado, se ha detectado un elevado número de aspectos negativos relacionados con el cuidado, como pueden ser problemas de salud mental en el CP; entre ellos estrés, ansiedad y síntomas depresivos ^{4,8}, que están relacionados con la dificultad para reconocer y explicar los sentimientos y pensamientos disfuncionales sobre las tareas del cuidado que pueden afectar a la manera en que construyen su realidad e incidir en su estado de salud ³⁻¹⁴. Otros efectos negativos son el deterioro de las relaciones sociales, la falta de tiempo para el autocuidado y para realizar actividades lúdicas y los costes económicos que genera la PSD ^{3,4}.

No obstante, existen investigaciones que divisan aspectos positivos en la tarea del cuidado, sobretudo de índole psicosocial. El CP se siente orgulloso de su labor aumentando la seguridad en sí mismo, reforzando de esta forma la relación familiar y floreciendo la empatía hacía la PSD. También se considera un aspecto positivo la recompensa económica derivada del cuidado: desde los incentivos que reciben algunos cuidadores por parte de la PSD hasta la posible concesión de futuras herencias ³.

1.2. Marco conceptual

Pese a que ya existen programas dedicados a dar soporte al CP ¹⁵, dada la relevancia del tema y la previsión del aumento de PSD que precisarán de la presencia de un CP, se ha visto la necesidad de desarrollar una acción específica sobre los mismos a través de un plan de cuidados específico. Este plan se llevará a cabo mediante el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que consiste en la aplicación del método científico enfermero para ofrecer ayuda a los CP de PSD. El PAE es un método eficiente que ofrece como resultado unas actuaciones enfermeras efectivas y eficaces.

La práctica de la metodología del PAE, puede ser llevada a cabo mediante un **plan de cuidados individualizado** y un **plan de cuidados estandarizado (PCE)** ^{16,17}:

- Los **planes de cuidado individualizados** van dirigidos a un determinado paciente, es decir, son exclusivos para un paciente concreto. El procedimiento enfermero se basa en función de las respuestas de este paciente único, pudiendo ser modificado, añadiendo o suprimiendo parte de ellos para ajustarlos a sus necesidades.

Estos planes permiten:

1. La determinación de las necesidades que se consideren alteradas en el paciente.
 2. El establecimiento de unos objetivos claros, de fácil evaluación y realización conjuntamente con el paciente.
 3. El trazado de unas intervenciones y actuaciones que ha de realizar enfermería.
 4. La realización de las actuaciones según lo acordado con el paciente.
 5. La valoración continuada del paciente.
- Sin embargo, los **PCE** son similares a los protocolos de cuidados, están elaborados para conducir la práctica enfermera y determinan las actuaciones de enfermería sobre aquellos pacientes cuya evolución se prevé (es decir, estándar) y estas están asociadas a las respuestas humanas a diferentes procesos de salud-enfermedad ¹⁸. Son pautas de cuidados unificados y válidos que guían la práctica enfermera para actuar en una determinada situación e identifican una serie de problemas (reales o potenciales) que suceden frecuentemente en estas ocasiones específicas. Esta serie de problemas y estados de salud pueden describirse como **diagnósticos** (DxE), los cuales resultan útiles para priorizar y medir la intensidad de los cuidados enfermeros ¹⁹.

Los PCE ofrecen ventajas sobre los individualizados, ya que contemplan los problemas de salud esperados, que padecerán las personas con un mismo diagnóstico o situación ²⁰, además tienen como objetivo dinamizar la disciplina enfermera de la siguiente forma:

1. Aplicando un plan de cuidados informatizado y específico dependiendo de la causa de la atención, ahorrando de esta manera tiempo en su planificación.
2. Llevando a cabo las actividades según el PCE, asegurando de este modo la continuidad asistencial en todos los turnos de trabajo.
3. Valorando diariamente al paciente garantizando su seguridad para poder ir adaptando el PCE.

4. Unificando lenguaje, criterios y facilitando el desarrollo de enfermería llevando a cabo una buena praxis en:
 - Procesos enfermeros.
 - Protocolos.
 - PCE más comunes en la población diana.
 - Seguimientos de cuidados al alta.

Un PCE precisa de la elección de un modelo conceptual de enfermería, con el objetivo de conducir la investigación y facilitar la comprensión del fenómeno a analizar ²¹. La aplicación de un modelo aumenta la valía profesional, dirige el pensamiento crítico, ayuda a determinar decisiones y asegura un mismo concepto del metaparadigma enfermero: *persona, salud, entorno y enfermería*; también un equivalente lenguaje en la disposición de los cuidados, aumentando significativamente el éxito en los resultados ^{22,23}.

Existe un gran número de modelos conceptuales, no obstante, en base a la bibliografía encontrada, se ha observado que el Modelo de Adaptación de sor Callista Roy (RAM) podría resultar de gran utilidad para disminuir los mecanismos causantes del estrés en los CP de PSD por las características propias del modelo ^{9,23}. Roy, en su modelo conceptual de la adaptación, contempla a la persona como a una unidad adaptativa que se halla interaccionando continuamente con el entorno cambiante ²⁴, utilizando estrategias innatas para afrontar estas alteraciones; como los cambios que sufren las PSD y sus cuidadores. El RAM afirma que es labor de enfermería ayudar a la persona a conseguir la adaptación a dichos cambios, mediante el control de estímulos y usando como guía, para determinar las conductas adaptativas ineficaces, **cuatro modos adaptativos** ^{9,23,25}:

1. Modo de adaptación fisiológico o físico: Se manifiesta en el comportamiento y en las respuestas fisiológicas de la persona ante las situaciones estresantes.
2. Modo de adaptación de autoconcepto de grupo: Son los aspectos psicológicos y espirituales del autoconcepto y de la autoestima; cómo se siente y actúa la persona y si posee herramientas para solucionar situaciones estresantes.
3. Modo de adaptación del desempeño o de la función de rol: Determina la función social de la persona y la posición que ocupa; qué opina de su situación, qué siente, qué elementos comprometen el desempeño del rol, etc.
4. Modo de adaptación de la interdependencia: Define la integridad de las relaciones y la búsqueda o no de amparo en el intento de adaptarse a un entorno complicado.

Partiendo de dichos datos, para elaborar este PCE se aplicará el RAM en los CP de PSD, ya que es un instrumento eficaz para afrontar el estrés. El RAM favorecerá el bienestar en el CP, facilitará su adaptación y disminuirá el riesgo de padecer enfermedades físicas y/o psíquicas ²⁶. Se pretende aplicar como vía de adaptación al cambio de rol una disciplina asistencial como es el **arteterapia**, ya que es una práctica que facilita la expresión humana de las emociones ante el estrés, también ayuda a la persona a reducir tensiones, exteriorizar sentimientos, frustraciones y a aumentar su autoconcepto y autoestima ²⁷⁻²⁹.

El arteterapia, es un procedimiento terapéutico flexible, que ante las respuestas innatas inadecuadas de la persona, ofrece otras formas de canalizar dichas reacciones convirtiéndolas en positivas; reconduciendo al individuo a través de estímulos artísticos en forma de representaciones intencionadas, propiciando una interpretación significativa de sus conflictos emocionales a través de la música, la pintura, la escritura, el teatro, etc. ³⁰ El arteterapia entra en el inconsciente de la persona por medio del arte dirigiéndola a lo lúdico, resultando de este modo menos invasivo el abordaje terapéutico ³¹.

En contraste con las terapias tradicionales, en la cual la gran parte del tiempo el terapeuta practica una escucha activa; en el arteterapia, el paciente realiza una tarea y el arteterapeuta lo observa, analizando el tiempo que emplea en su realización, el contacto con los elementos utilizados, la necesidad o no de ayuda, la necesidad o no de aprobación, etc. ³¹

Existe la creencia errónea de que la vía de comunicación de las personas es el lenguaje; no obstante, la humanidad constantemente se está relacionando mediante mensajes como son los gestos, las posturas, las miradas, etc. El arteterapia responde a este tipo de lenguaje, al "no verbal", al que procede de lo innato de las personas, dando la alternativa de profundizar sin ser consciente de ello, ya que todo ser humano posee la posibilidad de la expresión artística ³¹.

El producto de toda obra de arte es percibido en esta área con un gran respeto, sin calificar al individuo, sin importar lo estético; concediendo la libertad de dejar fluir a la persona y de eliminar obstáculos ³¹.

Esta disciplina, fue reconocida académicamente en España sobre los años noventa, pero hasta hace menos de una década no se admitió como profesión en nuestro país, pese al magnífico trabajo realizado en Estados Unidos y Londres desde los años cuarenta. A pesar de estos datos, actualmente es una terapia muy poco conocida y valorada en nuestro medio ³².

Además de ser una esfera básicamente asistencial, su ámbito de actuación engloba el campo educativo y social ³², olvidados a menudo en los cuidados de enfermería.

1.3. Justificación y relevancia

Como se mencionó anteriormente, la previsión de aumento del envejecimiento de la población ¹, aumentará simultáneamente el número de PSD que requerirán de la presencia de un CP ². A priori, puede parecer que la figura de un CP que asista a la PSD deba reducir el gasto público ³, ya que al tratarse de un familiar directo no requeriría, en principio, de ayuda social ni tendría necesidad de institucionalizar a la PSD. Pero es justamente al revés, lo aumenta ³, ya que como se citó anteriormente, existe una peor calidad de vida entre los CP que entre el resto de la población. Presentan frecuentemente signos como son cefalea, dolor de espalda, cansancio, apatía, alteraciones en el patrón del sueño, ansiedad, depresión ^{3-7,9-14}, etc. Secundario a estos síntomas y debido al deterioro de salud en él, vendría la frecuentación reiterada a los servicios sanitarios (ambulatorio, urgencias, etc.), también la claudicación, la demanda de ayuda social, etc. Por consecuente, un notable gasto sanitario; costes sumados a los generados por bajas laborales, ya que son personas en edad productiva.

Estos son datos que justificarían sobradamente la necesidad de realizar actuaciones de enfermería orientadas a amparar al CP de manera preventiva ¹⁰ y de apoyo. Por este motivo, se cree necesaria la realización de un PCE cuya finalidad sea la de aumentar el bienestar en el CP y ofrecer un efectivo instrumento de gran utilidad para la profesión enfermera.

Tal y como ya se ha argumentado, para reunir la información precisa y relevante del paciente tipo y poder ofrecer unos cuidados enfermeros de calidad a través del PCE se utilizará el RAM, cuyo objetivo es que la persona adquiera su máximo nivel de adaptación a través de estímulos ^{9,23}. Se utilizará la taxonomía de los DxE (aprobados en la decimoséptima conferencia nacional de los DxE) de la *NANDA International* ³³ (cuyo objetivo es el de estandarizar el DxE y establecer una taxonomía propia), los criterios de resultados de la *Nursing Outcomes Classification* ³⁴ (NOC) y las intervenciones de la *Nursing Intervention Classification* ³⁵ (NIC). Todas ellas metodologías ampliamente probadas que demuestran validez y fiabilidad.

Y por último, se implementará en las NIC una terapia artística como es el arteterapia, ya que utiliza la creación artística como instrumento para favorecer la expresión de emociones, ampliar el autoconocimiento, el crecimiento personal, el grado de salud y la calidad de vida; además de ayudar a la resolución de conflictos emocionales o psicológicos ³⁶. El arteterapia, ofrecerá al CP apoyo en el proceso de cambio, favorecerá el desarrollo de sus capacidades y le ayudará a percibir la carga de otro modo, distanciándose de ella enfocándola de forma satisfactoria ³⁷.

2. Objetivos

Objetivo general

- Realizar un plan de cuidados estandarizado para cuidadores principales de personas en situación de dependencia.

Objetivos Específicos

1. Determinar al paciente tipo (cuidador principal).
2. Establecer los diagnósticos enfermeros más probables en el cuidador principal mediante la taxonomía NANDA utilizando como guía el modelo de Adaptación de sor Callista Roy.
3. Especificar los objetivos estándar a lograr, así como sus signos de culminación mediante la taxonomía NOC.
4. Detallar las intervenciones estándar a desempeñar por el cuidador principal mediante la terapia artística del arteterapia y la clasificación NIC.

3. Metodología

Tanto el PCE como la definición del paciente tipo se realizaron en base a una revisión de la literatura. El PCE va orientado a proporcionar cuidados de calidad de manera sensata y organizada centrándose en las respuestas humanas del paciente tipo según el RAM, interaccionando con él y abordándolo de manera integral.

El PCE consta de las siguientes etapas ^{38,39}:

1. Valoración: Se ha obtenido la información acerca de las conductas adaptativas del CP en base a escalas de valoración y al RAM según lo hallado en la bibliografía; valorando posteriormente los estímulos apreciados en el comportamiento (efectivos o no) ⁴⁰, los cuales forman el nivel de adaptación según el modelo de Roy, clasificándolos en focales, contextuales y residuales ²³:

- Focal: Primer estímulo que ha de afrontar el CP. Requiere la mayor parte de su atención y es en el que gasta más energía para su adaptación (es el mayor causante de estrés).
- Contextual: Representa el resto de los estímulos existentes en la situación, no suponen el centro de atención ni de gasto de energía (contribuyen al aumento del estrés).
- Residual: Influye en el estímulo focal, sus efectos no se reconocen fácilmente. Son factores relacionados con la manera de ser del CP y de las experiencias vividas.

2. DxE: El comité de la NANDA, define el DxE como *el juicio clínico sobre las respuestas de una persona, familia o comunidad a problemas de salud o procesos vitales, reales o potenciales, que proporcionan la base para la selección de intervenciones oportunas de enfermería para conseguir unos resultados* ⁴¹.

Así, se han contemplado las conductas inadaptadas causantes del problema según los cuatro modos adaptativos de Callista Roy ²³, se han enunciado los DxE según la taxonomía NANDA, analizando los datos de la valoración, identificando los modos adaptativos alterados en el CP y clasificando los problemas identificados en reales o potenciales ³⁰:

- Reales: Nombran las respuestas humanas a los procesos vitales. Se basan en los signos y síntomas y certifican la presencia del problema. NANDA recomienda su enunciado por este orden: Problema → Etiología → Signos/síntomas.
- Potenciales (de riesgo): Enuncian los problemas que pudieran llegar a surgir si enfermería no interviniera en su prevención.

3. Planificación: En éste punto se han concretado los resultados esperados (NOC), es decir, el comportamiento que enfermería espera en el CP con respecto a las intervenciones realizadas (NIC), las cuales se han planificado juntamente con las actividades correspondientes, basadas en el arteterapia, para solucionar los problemas de salud nombrados en el punto anterior.

4. Resultados

4.1. Valoración

A continuación, se han determinado las conductas adaptativas ineficaces según los cuatro modos adaptativos del RAM ⁹. Para ayudar a definir el perfil del paciente tipo, se han utilizado las definiciones halladas en la literatura que incluían además tanto entrevistas clínicas como algunas escalas y cuestionarios.

Perfil del paciente tipo (CP)

Modo fisiológico ^{3-5,12,13,42,43}

- Oxigenación y circulación: No suelen presentar problemas respiratorios ni cardiovasculares.
- Nutrición: Suelen mantener una dieta adecuada a su edad y estado de salud.
- Eliminación: No suelen presentar problemas de eliminación.
- Actividad y descanso: Suelen tener falta de actividad física y manifestar insomnio.
- Protección: La mayoría reconocen falta de tiempo para el autocuidado.
- Sentidos: Suelen hallarse mermados debido a la alteración en el patrón del sueño (existe dificultad para concentrarse en tareas que requieran de habilidad y destreza).
- Líquidos y electrolitos: Ninguna alteración habitual.
- Función endocrina: Ninguna alteración habitual.

Modo autoconcepto de grupo ^{3-14,42-46}

- Identidad física: Suelen manifestar una mala percepción del estado físico de salud así como una sensación de cansancio y de sobrecarga física y emocional.
 - La salud percibida según el cuestionario de Salud Nottingham Health Profile es de tener una calidad de vida mala o muy mala.
- Identidad personal: Acostumbran a tener una extrema implicación en los cuidados, así como muestran aislamiento social y falta de tiempo libre para actividades lúdicas. Suelen manifestar inestabilidad emocional: estrés, ansiedad, y síntomas depresivos relacionados con la dificultad para reconocer y explicar los sentimientos (alexitimia), también suelen expresar pensamientos disfuncionales sobre las tareas del cuidado que inciden en su estado de salud físico y mental.
 - En la escala de ansiedad-depresión de Goldberg muestran un gran porcentaje de ansiedad y depresión.
 - En el cuestionario de Apgar familiar suele aparecer disfunción familiar.
- Identidad moral y ética: Se suelen sentir orgullosos de la labor cuidadora que desempeñan.

Modo función de rol ^{5-7,42}

- Rol primario: La gran mayoría son del sexo femenino, entre los 45-70 años de edad.
- Rol secundario: Suelen ser la esposa, hija o madre y además ama de casa.
- Rol terciario: Situación laboral: Suelen ser personas jubiladas o en paro laboral. Suelen realizar sin ayuda las tareas de CP de la PSD y las del hogar simultáneamente.

Modo de interdependencia ^{3-14,47}

- Conductas dependientes: Suelen acudir asiduamente a la consulta de Atención Primaria debido a problemas físicos y psíquicos.

La mayoría manifiesta ausencia de demanda de ayuda social así como aislamiento social.

- Al implementar el cuestionario de Duke-UNC se aprecia sensación de apoyo insuficiente.

- Conductas independientes: Suelen presentar apatía, pérdida de interés por las aficiones habituales, carencia de actividades recreativas y aislamiento social.

● Modos adaptativos alterados

Modos	Problema		¿Por qué?
	Real	Potencial	
Modo fisiológico	X		Falta de actividad física. Falta de tiempo para el autocuidado. Insomnio.
Modo autoconcepto de grupo	X		Mala percepción del estado físico de salud. Sensación de cansancio. Sobrecarga física y emocional. Extrema implicación en los cuidados. Aislamiento social, falta de tiempo libre para actividades lúdicas. Inestabilidad emocional: estrés, ansiedad, y síntomas depresivos relacionados con la dificultad para reconocer y explicar los sentimientos y pensamientos disfuncionales sobre las tareas del cuidado que inciden en su estado de salud físico y mental.
Modo función del rol		X	Realiza sin ayuda las tareas de cuidadora principal y las del hogar.
Modo de interdependencia	X		Ausencia de demanda de ayuda social. Aislamiento social. Alexitimia. Apatía, pérdida de interés por las aficiones habituales. Carencia de actividades recreativas.

- **Estímulos apreciados que influyen en el comportamiento inadaptado comunes a los cuatro modos**

- Estímulo focal: Alto grado de intensidad en los cuidados. Carencia de iniciativa para pedir ayuda a terceros. Inestabilidad emocional (estrés, ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, etc.). Alexitimia.
- Estímulo contextual: Poca disposición para encontrar tiempo libre. Falta de iniciativa para buscar actividades lúdicas (apatía). Aislamiento social.
- Estímulo residual: Creencia errónea sobre la necesidad de dedicación completa y exclusiva a la tarea del cuidado.

4.2. Diagnósticos de enfermería y planificación

Se han elaborado de acuerdo a los posibles déficits identificados en base a la valoración y a las escalas, así como a toda la información recogida en la bibliografía existente con relación al estado de adaptación del paciente tipo (CP) y se han definido según la categoría NANDA ³⁰:

- (00177) **Estrés por sobrecarga** *relacionado con* dedicación exclusiva al cuidado de la persona dependiente y falta de conocimientos para aliviar el estrés *manifestado por* ansiedad, síntomas depresivos, mal estado de salud físico y mental, cansancio y sensación de sobrecarga física y emocional.
- (00146) **Ansiedad** *relacionada con* máxima dedicación al desempeño de rol de CP *manifestado por* extremo cuidado de la PSD e insomnio.
- (00095) **Insomnio** *relacionado con* estrés, ansiedad y síntomas depresivos *manifestado por* deterioro del estado de salud y disminución de la calidad de vida.
- (00053) **Aislamiento social** *relacionado con* alteración del bienestar del CP *manifestado por* total dedicación a la tarea del cuidado de la PSD.
- (00062) **Riesgo de cansancio del rol de cuidador** *relacionado con* carencia de recursos recreativos que le permitan tener un descanso del desempeño de rol.

Se estima que todos los DxE se solucionarían gradualmente después de haber resuelto el de Estrés por sobrecarga, por lo que será el único a trabajar dentro del PCE.

De acuerdo a la valoración realizada se podría realizar el siguiente PCE:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

(00177) **Estrés por sobrecarga** ³⁰ *relacionado con* dedicación exclusiva al cuidado de la persona dependiente y falta de conocimientos para aliviar el estrés *manifestado por* ansiedad, síntomas depresivos, mal estado de salud físico y mental, alexitimia, cansancio y sensación de sobrecarga física y emocional.

Resultado NOC ³¹: (2508) Bienestar del cuidador principal.

(2508) Bienestar del cuidador principal					
<u>Criterios de resultado</u> *	1	2	3	4	5
(250803) Satisfacción con el estilo de vida					
(250808) Satisfacción con las relaciones sociales					
(250802) Satisfacción con la salud emocional					
(250801) Satisfacción con la salud física					
(250813) Capacidad para el afrontamiento					

* *Indicadores: Escala de medida del indicador Likert de criterios de resultados (recomendable por ser una de las más eficientes en cuanto a medición de actitudes)* ⁴⁸.

Puntuación del resultado:

- 1 → Nunca demostrado
- 2 → Raramente demostrado
- 3 → A veces demostrado
- 4 → Frecuentemente demostrado
- 5 → Siempre demostrado

1 es el resultado menos deseado y 5 el resultado buscado.

Se aconseja no dar por realizado el resultado hasta no obtener una puntuación a partir de 3-4 en cada criterio.

Intervención NIC ³²: (4330) Facilitación de la comunicación por medio de dibujos u otras formas de arte.

Actividades:

- ✓ Identificar una forma de actividad basada en el arte.
- ✓ Distinguir un medio artístico para usarlo, como pinturas, autorretratos, escritura, etc.
- ✓ Facilitar material e instrumentos de arte accesibles y adecuados al nivel intelectual del CP, que no causen frustraciones al pretender utilizarlos.
- ✓ Proporcionar un ambiente tranquilo en el que no haya interrupciones.
- ✓ Comentar con el CP lo que va a crear.
- ✓ Animar al CP a que describa los resultados artísticos y su proceso de elaboración.
- ✓ Registrar la interpretación del CP sobre su creación artística.
- ✓ Educar al CP a reducir la percepción de frecuencia o de urgencia en los cuidados y a dedicar tiempo a las actividades lúdicas.

4.3. Propuesta de acción desarrollada para llevar a cabo las intervenciones y actividades propuestas

A continuación se detallará el curso que se pretende llevar a cabo mediante talleres basados en arteterapia con la finalidad de trabajar el plan de cuidados planteado, el cual ofrecerá a los asistentes la oportunidad de compartir dificultades y entender mejor la situación en la que se encuentran, además les ayudará a conocerse a sí mismos a la vez de favorecer sus relaciones interpersonales. El curso/taller llevará por título *Stan* (soporte terapéutico antiestrés).

- Precio del curso para los participantes: La cuota sería de 325 € el trimestre* (se pretende que el curso sea subvencionado por diferentes entidades o empresas de la ciudad para que resulte de fácil accesibilidad para los asistentes).
- Curso dirigido a: Cuidadores principales (de cualquier edad y sexo) de personas dependientes de la población de Mataró.
- Duración: 3 meses, 2 talleres diferentes por semana, cada sesión tendrá una duración de 2 horas.
- Horario: Martes y jueves, de 15h a 17h.
- Número de alumnos: Sesiones de carácter grupal (máximo 8 personas).
- Instalaciones: El espacio donde se desarrollarán las actividades será un lugar acogedor, con claridad, espacioso y sin interferencias acústicas ni visuales. Se

intentará que el local no conlleve coste alguno de alquiler y que sea cedido los martes y los jueves de 15h a 17h por la asociación del barrio Camí de la Serra, ya que se trata de un centro social el cual a menudo cede sus instalaciones para diversos actos relacionados con la salud y el bienestar de la ciudadanía (por ejemplo clases de yoga, talleres de pachwork para la tercera edad, diferentes charlas sobre temas de interés público, etc.).

- Lugar: Mataró. C/riera de Figuera Major, 2.
- Docentes: Se intentará que los talleres sean impartidos de manera altruista por profesores y alumnos de último curso del máster o postgrado en arteterapia de la Universidad de Barcelona (en cada sesión debe haber al menos 1 tutor y 1 alumno respectivamente).
- Material: El material a trabajar será de fácil acceso y sencillo, para no originar sensación de fracaso a la hora de realizar la "obra de arte". Se hablará de este proyecto con diferentes librerías de la población, con la finalidad de que ofrezcan todo el material necesario para cada sesión a precio de coste: 100 € por taller (todo el grupo).
- Requisitos previos: Ninguno. No es preciso que los asistentes estén dotados de habilidades artísticas.
- Facilidad: Durante su asistencia al taller, los cuidadores tienen la opción de disponer de un alumno del máster o postgrado en arteterapia, el cual ofrecerá compañía a la persona dependiente durante la ausencia del cuidador (todos los alumnos son graduados en enfermería); se propondrá a la universidad que a estos alumnos se les recompense de alguna manera, por ejemplo con la posibilidad de convalidar estos días como si fueran días de prácticas.
- Ayudas: Se intentará por una parte poder contar con el apoyo de la Obra Social de "la Caixa", la cual ofrece a menudo ayuda para este tipo de causas (como por ejemplo al Programa ADAC (Ayuda en la Dependencia y Atención a Cuidadores)); se intentará que destine como mínimo 2000 € a la actividad propuesta. Por otra parte se propondrá a diferentes pintores locales como son Santi Estrany, Marta Duran, Josep Novellas, Máximo Almeida y Alberto Romero Gil, que presten temporalmente algunas de sus obras con la intención de exponerlas durante dos semanas en la Universidad TecnoCampus de Mataró y con la condición de que el dinero recaudado se emplee única y exclusivamente en el curso/taller *Stan* (se ha calculado un mínimo de 1400€).

* En total, se destinaría al curso *Stan* la cantidad de 3400 € como mínimo, la cual cosa supondría que dicha actividad tendría un **coste 0 para los participantes**, además estos podrían beneficiarse del transporte gratis (en bus público).

Desglose de la destinación del capital que se recaudaría:

Se dispondría de la cantidad de 3400 €, 2400 € irían destinados a la compra del material para todas las sesiones de arteterapia (2 sesiones por semana durante 12 semanas (3 meses), 100 € cada sesión hacen un total de 2400 €). Los 1000 € restantes irían destinados a la compra de 8 bono buses (10 € c/uno, 12 viajes). Los 200 € restantes se guardarían como fondo por si surgiera algún imprevisto (por ejemplo compra de material adicional) sino, se reservarían para realizar un pequeño pisolabis de despedida del curso e invitar a todos los participantes y arteterapeutas.

Los arteterapeutas dirigirán las diferentes sesiones de tres maneras ⁴⁹:

1. Enfoque directivo: Organizando la sesión. Especificando con claridad las actividades a llevar a cabo así como los materiales que han de ser utilizados para el desarrollo de la obra.
2. Enfoque asesor: Ofreciendo unas instrucciones como base. Ofreciendo unas pautas básicas de inicio y permitiendo que la persona tenga la alternativa de completar su obra personal.
3. Enfoque no directivo: Sin interaccionar en la sesión. Permitiendo que el CP escoja libremente los materiales para la realización de la obra, así como la técnica de proceso artístico.

Objetivo del curso:

El objetivo general de estas sesiones será el de trabajar el arteterapia de manera grupal, dando al CP la oportunidad de participar en un lugar para mejorar adaptación al cambio de rol a partir de la socialización desde una experiencia personal utilizando la creatividad artística como nexo, dando lugar a una vivencia colectiva propiciando su interacción e integración, con la finalidad de evitarles el aislamiento social, el estrés, el alexitimia y la sobrecarga física y emocional (entre otras cosas); puesto que el proceso de adaptación al nuevo va asociado a tensiones y problemas que harán precisar al CP de habilidades de afrontamiento. Si el CP logra una correcta adaptación, será capaz de ²⁶:

- ▶ Cuidar mejor de sí mismo.
- ▶ Solicitar ayuda a terceros.
- ▶ Encontrar tiempo para la realización de actividades lúdicas.
- ▶ Saber localizar redes de apoyo emocional.

Para poder medir si el aprendizaje ha sido efectivo, se pasará al inicio del curso la escala de sobrecarga del cuidador Zarit ⁵⁰, la cual mide el grado de sobrecarga de los cuidadores de personas mayores con trastornos mentales; consta de 22 ítems relacionados con las sensaciones del cuidador en cuanto al hecho de cuidar del otro, y se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde el 1 (nunca) hasta el 5 (casi siempre); resultados:

- <47: No sobrecarga.
- De 47 a 55: Sobrecarga leve.
- >55: Sobrecarga intensa.

Al finalizar el curso, se reevaluarán las respuestas contestadas el primer día; se volverá a pedir a los asistentes que contesten de nuevo a los ítems de dicha escala. Como se estima que la situación del paciente cambiará sustancialmente, el resultado de esta tendría que estar por debajo de 47 (no sobrecarga).

5. Conclusiones y recomendaciones de praxis futuras

La información recogida en la bibliografía encontrada, nos ha alertado de la necesidad de aplicar actos multidisciplinarios orientados a proteger a los CP de manera preventiva.

Podríamos afirmar que la realización de un PCE dedicado a los CP de PSD asegura la efectividad de los cuidados, ya que se estima que es un instrumento imprescindible a nivel preventivo y curativo de enfermedades derivadas del cuidado.

Basar el PCE en las terapias del arte es una magnífica manera de vincular al CP con su mundo interno, con la intencionalidad de que este pueda exteriorizar los sentimientos y emociones que provocan el hecho de cuidar a otro; ya que se ha encontrado evidencia que la represión de emociones provoca el desarrollo de sobrecarga de sentimientos negativos que pueden dañarle psicológicamente y hacerlo enfermar físicamente.

Con la ayuda de este PCE, es posible prevenir y/o curar la manifestación de sensación de sobrecarga en el CP, así como las enfermedades relacionadas con la actividad del cuidar a una persona dependiente.

Una vez desarrollada la propuesta, se requieren de estudios futuros que evalúen la eficacia del arteterapia en la reducción de los niveles de estrés, de alexitimia y el aislamiento social en los CP.

6. Implicaciones potenciales a la práctica profesional e innovación

Ante la necesidad de aumentar la salud la mejor herramienta es la prevención, ámbito en el que enfermería juega un importante papel. El arteterapia tiene mucho que ofrecer a este nivel, sus resultados internacionales garantizan su praxis y justifican su investigación; su bajo coste, comparado en los costes derivados del estrés, tendría que hacer reflexionar al gobierno sobre la necesidad de implantación de la innovación como prevención primaria para los CP de PSD.

4. Cronograma

Año 2015	Mayo	Junio /Julio	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Speed dating	Día 6					
Revisión bibliográfica para elección del tema						
Elección del tema						
Redacción justificación y entrega del TFG			Día 30			
Revisión bibliográfica sobre el contenido del TFG						
Aprobación del TFG					Día 2	
Firma del registro del TFG						Día 12
Entrega del registro del TFG						Día 16

Año 2016	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
1ª tutoría TFG I	Día 8					
Redacción de la introducción						
2ª tutoría TFG I	Día 12					
Redacción de los objetivos, la metodología y el crono						
3ª tutoría TFG I		Día 9				
Entrega de la Memoria de Seguimiento TFG I		Día 26				
Tribunal de Seguimiento			Día 9			
Inicio del PCE						
Búsqueda bibliográfica para empezar a desarrollar la metodología del PCE						
1ª tutoría TFG II				Día 4		
Jornada del TFG II				Día 12		
2ª tutoría TFG II				Día 19		
Búsqueda bibliográfica del contenido del PCE						
Desarrollo del PCE						
3ª tutoría TFG II					Día 10	
Desarrollo del PCE						
Finalización del PCE						
Creación del Power Point						
8ª tutoría						
Entrega de la Memoria Final					Día 27	
Tribunal Final						Día 8
Cierre de actas TFG						

5. Referencias bibliográficas

1. Esparza Catalán C. “Discapacidad y dependencia en España”. Madrid, Informes Portal Mayores, nº 108. [Fecha de publicación: 08/04/2011]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pm-discapacidad-01.pdf>
2. Sánchez Fierro J. Libro verde sobre la dependencia en España. Madrid: Ergon; 2004.
3. Rogero García J. Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. *Index Enferm.* 2010; 19(1).
4. López Gil MJ, Orueta Sánchez R, Gómez-Caro S, Sánchez Oropesa A, Carmona de la Morena J y cols. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Rev Clin Med Fam.* 2009; 2(7).
5. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d’Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07.
6. Saavedra FJ, Bascón MJ, Rojas MJ, Sala A. Salud psicosocial de cuidadoras familiares y profesionales: Asociación con factores sociodemográficos y psicológicos. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology.* 2014; 44(2): 229-243.
7. Pérez Peñaranda A, García Ortiz L, Rodríguez Sánchez E, Losada Baltar A, Porras Santos N y cols. Función familiar y salud mental del cuidador de familiares con dependencia. *Aten Primaria.* 2009; 41(11):621–628.
8. Tartaglini MF, Stefani D. Trastornos psicofisiológicos en adultos mayores cuidadores principales de enfermos crónicos. *Boletín de Psicología.* 2012;(106):65-79.
9. Bonfill Accensi E, Lleixa Fortuño M, Sáez Vay F, Romaguera Genís S. Estrés en los cuidados: una mirada desde el modelo de Roy. *Index Enferm.* 2010; 19(4).
10. Jofré Aravena V, Sanhuesa Alvarado O. Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. *Cienc. enferm.* 2010; 16(3).
11. Alonso B, Araoz I, Arroyo M, Barberà R, Casanovas M y cols. Un cuidador. Dues vides. Programa d’atenció a la dependència. Suport al cuidador familiar. 1º ed. Barcelona: Obra social. Fundació “La Caixa”; 2008.
12. Zabalegui A, Navarro M, Cabrera E, Gallart A, Bardallo D y cols. Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años. Una revisión sistemática. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008; 43(3):157-166.

13. Carretero Gómez S, Garcés Ferrer J, Ródenas Rigla F. La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: análisis y propuestas de intervención psicosocial. Valencia: Tirant lo Blanch, 2006. 444 p.
14. Pinquart M, Sörensen S. Gender differences in caregiver stressors, social resources and health: an updated meta-analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*. 2006; 61(1): 33-45.
15. Torres Egea MP, Ballesteros Pérez E, Sánchez Castillo PD. Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *Gerokomos*. 2012; (19)1.
16. Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud [sede web]. Córdoba: Hospital Reina Sofía. 2008 [actualizada el 8 de abril de 2014; acceso el 15 de enero de 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/index.php?id=area_enfermeria
17. Pollo Martín R. Apoyo en la organización de intervenciones en el ámbito institucional. Vigo: Ideaspropias; 2009.
18. Hospital General Universitario de Alicante. Guía Validación de los Planes de Cuidados Estandarizados [sede web]. Alicante: Hospital General Universitario de Alicante; 2011. Disponible en: <http://www.anesm.org/wp-content/uploads/docs/guia%20validacion%20PC%20estandarizados.pdf>
19. Reyes Gómez E. Fundamentos de enfermería: Ciencia, metodología y tecnología. 2ª ed. México: El Manual Moderno; 2015.
20. Aquino Olivera M. Cómo hacer un plan de cuidados de enfermería y no perder ninguna neurona en el intento. 2009; 4(2):3-16.
21. Villamizar Carvajal B, Durán de Villalobos MM. Modelo de adaptación de Roy en un ensayo clínico controlado. *av.enferm.*, 2012; XXX (2): 97-107.
22. Santos Ruiz S, López Parra M, Varez Peláez S, Abril Sabater D. Perspectiva de la enfermería de un centro sociosanitario sobre la aplicabilidad y utilidad de los modelos enfermeros en la práctica. *Gerokomos*. 2008; 19(4):184-189.
23. Marriner Tomey A. Modelos y teorías de enfermería. Madrid: Elsevier; 2007, 6a ed.
24. Gutiérrez López C, Veloza Gómez MM, Moreno Fergusson ME, Durán de Villalobos MM, López de Mesa C y cols. Validez y confiabilidad de la versión en español del instrumento "Escala de medición del proceso de afrontamiento y adaptación" de Callista Roy. *Aquichan*. 2007; (7)1.
25. Pinheiro de Medeiros L, da Costa Souza MB, Fernandes de Sena J, Medeiros Melo MD, Soares Costa JW y cols. Modelo de Adaptação de Roy: revisão integrativa dos estudos realizados à luz da teoria. *Rev Rene*. 2015; jan-fev; 16(1):132-40.

26. Ferré Grau C, Rodero Sánchez V, Cid Buera D, Vives Relats C, Aparicio Casals MR. Guía de cuidados en enfermería: Cuidar al cuidador en atención primaria. Tarragona: Publidisa; 2011.
27. Universidad de Almería. Algunas reflexiones y aportaciones al Seminario Internacional de Arte Inclusivo SIAI 2013. Almería: SIAI; 2013.
28. Asociación profesional española de arteterapeutas. ATe [sede web]. Barcelona: ATe; 2012 [actualizado el 2014; acceso el 9 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.arteterapia.org.es/que-es-arteterapia/>
29. López Martínez MD. La Intervención Arteterapéutica y su Metodología en el Contexto Profesional Español [tesis doctoral]. Murcia: Departamento de Expresión Plástica, Musical y Dinámica; 2009.
30. Klein JP, Bassols M. El arteterapia, un acompañamiento en la creación y la transformación. Revistas Científicas Complutenses. 2016; 1(2006):19-25.
31. Meza Álvarez M. El arte, un camino para sanar. Av. Psicol. 2010; 18(1): 77-84.
32. Dialnet [Internet]. España: Universidad de la Rioja; 2005 [actualización 2016; acceso el 26 de marzo de 2016]. Arteterapia. Principios y ámbitos de aplicación. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=408403>
33. Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. 8ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.
34. Moorhead S, Johnson M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
35. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.
36. Castro Cereceda T, Martí Merlo AB, Carralero Montero A, Pérez Buenaventura L, Fariñas Valiña N y cols. Intervención enfermera: Terapia Artística: En: XXVII Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental. Logroño; Hospital Universitario Príncipe de Asturias; 2010. Disponible en: <http://www.codem.es/Canales/Ficha.aspx?IdMenu=5EB46F5D-D732-4BA2-A96C-4E438E63A2D9%20&Cod=2ACEB7FA-9A62-4916-B78D-7EADDC8D4231&Idioma=es-ES>
37. VII Jornadas de arteterapia en salud, educación y comunidad 2015. Barcelona; 8-9 de mayo de 2015. Barcelona: Ate; 2015.
38. Alfaro Lefevre R. El Pensamiento Crítico y Juicio Clínico. 4ª ed. Florida: Elsevier-Masson; 2009. <https://books.google.com.mx/books?id=UhnPTml4AbcC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q=proceso%20de%20enfermeria&f=false>
39. Yagüe de Antonio G. “Guía de bolsillo: metodología enfermera aplicada”. En: XIII Congreso Nacional AEETO. Málaga: Asociación Española de Enfermería en Traumatología y Ortopedia AEETO; 2014.

40. Mesquita Melo E, Lopes MV, Carvalho Fernandes AF, Teixeira Lima FE, Barbosa IV. Teorías de enfermería: importancia de la correcta aplicación de los conceptos. *Enferm. glob.* 2009; 17.
41. Aentde.com. Cuidar traspasando el diagnóstico enfermero [sede web]. Barcelona: Aentde.com; 2008. [Consulta el 4 de febrero de 2016]. Disponible en: http://www.aentde.com/pages/correo/ca_2008111/
42. Pozo Rubio R, Escribano Sotos F, Moya Martínez P, Pardo García I, Martínez López S. El perfil del Cuidador Informal y su rol en la Ley de Dependencia: ¿Punto de inflexión o de continuidad? En: XXXI Jornadas de economías de la salud. Sostenibilidad y bienestar: reflexiones sobre el futuro de las políticas sanitarias. Mallorca: Asociación de economía de la salud; 2011.
43. González Ramírez MT, Landero Hernández R. Síntomas psicossomáticos y teoría transaccional del estrés. *Ansiedad y Estrés.* 2006; 12(1):45-61.
44. Bermejo Pareja F, Porta-Etessam J, Díaz Guzmán J, Martínez-Martín P. Más de cien escalas en neurología. España: Axura; 2008.
45. Cerecedo Pérez MJ, Aragonès Benaiges E, Pascual Pascual P. Síntomas somáticos en depresión. En: Sesiones clínicas en APS. Barcelona: semFYC Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 2006. 5-40.
46. Suárez Cuba MA, Alcalá Espinoza M. APGAR Familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Rev. Méd. La Paz.* 2014; 20(1).
47. Cuéllar Flores I, Dresch V. Validación del cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK-11 en personas cuidadoras. *RIDEP.* 2012; (34)1: 89-101.
48. Blanco N, Alvarado ME. Escala de actitud hacia el proceso de investigación científico social. *RCS.* 2005; 11(3):537-544.
49. Moreno Araya N. Arte Terapia y adolescentes: promoviendo la expresión emocional de los conflictos con la autoridad [tesis doctoral]. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2007.
50. Álvarez L, González AM, Muñoz P. *Gac Sanit.* El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit. Cómo administrarlo e interpretarlo. 2008;22(0):000-0.