



Universidad
Zaragoza



Trabajo Fin de Grado

PLAN DE MEJORA DE: ATENCIÓN A LA FAMILIA DEL PACIENTE EN ESTADO TERMINAL.

Plan of improvement of care to the family of the patient in terminal state.

Autor:

ESTEFANÍA GUIO GRANDE

Director:

MIGUEL ARIÑO LAPUENTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ENFERMERÍA
2016-2017

RESUMEN

La enfermedad terminal, por lo general, es una situación que suele generar mucho estrés, ansiedad y miedo a lo desconocido en los familiares de este tipo de paciente, produciéndoles así una disminución de su nivel de calidad de vida.

La implantación de este proyecto de atención a las familias del paciente terminal como parte de la labor enfermera, nos ayudará a prevenir posibles futuros problemas tanto físicos como emocionales, disminuyendo así la demanda y el gasto en servicios de salud. La formación y la práctica de profesionales de enfermería en este servicio servirá para no centrarnos únicamente en el cuidado del paciente terminal, mejorando la calidad de vida de la familia y haciendo más amable el proceso de muerte a la familia.

Metodología

Diseño de plan de mejora basado en el ciclo de Deming. El ámbito de estudio fue el Centro de Salud "Seminario Romareda", perteneciente al Sector II de Zaragoza para formar al personal de enfermería con nuevas técnicas para mejorar el trato con las familias del paciente en estado terminal, mejorando así su calidad de vida y disminuyendo los niveles de estrés, miedo y ansiedad. Los sujetos de estudio fueron los enfermeros que trabajan en éste centro de salud.¹

ABSTRACT

Terminal illness is usually a situation that generates a lot of stress, anxiety and fear of the unknown in the relatives of this type of patient, thus producing a decrease in their level of quality of life.

The implementation of this project to care for families of the terminal patient as part of the nursing work, will help us to prevent possible future problems both physical and emotional, thus increasing demand and spending on health services. The training and practice of nursing professionals in this service will

not only focus on the care of the terminal patient, improving their quality of life and making the death process more family friendly.

Palabras clave: enfermo terminal, familia, enfermería, cuidado paliativo, apoyo social.

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	2
2. INTRODUCCIÓN.....	7
3. OBJETIVOS.....	11
4. METODOLOGÍA.....	12
4.1. Planificación.....	12
4.2. Búsqueda bibliográfica.....	13
4.3. Diseño del estudio.....	16
5. DESARROLLO.....	20
5.1. Planificar.....	20
5.2. Hacer.....	23
5.3. Evaluar.....	25
5.4. Actuar.....	33
6. CONCLUSIÓN.....	34
7. BIBLIOGRAFÍA.....	35
8. ANEXOS.....	39

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico nº1: Planificación del Trabajo Fin de Grado a través de un diagrama de Gant.....	12
Gráfico nº2: Etapas del ciclo de calidad o de Deming.....	16
Gráfico nº3: Diagrama de Ishiwaka, causas más frecuentes de falta de atención a las familias.....	21

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla nº1: Resultados revisión bibliográfica en bases de datos consultadas.....	14
Tabla nº2 Resultados revisión bibliográfica en páginas web consultadas.....	15
Tabla nº3 Resultados revisión bibliográfica en libros y revistas consultados.....	15
Tabla nº4: Resultados de otros recursos consultados en la revisión bibliográfica.....	15
Tabla nº5: Profesionales incluidos y excluidos en la población de estudio.....	18
Tabla nº6: Costes externos desglosados.....	18
Tabla nº7. Indicador de estructura I.....	26
Tabla nº8: Indicador de estructura II.....	27
Tabla nº9: Indicador de proceso I.....	28
Tabla nº10: Indicador de proceso II.....	29
Tabla nº 11: Indicador de proceso III.....	30
Tabla nº12: Indicador de satisfacción I.....	31
Tabla nº13: Indicador de satisfacción II.....	32

2. INTRODUCCIÓN

Una enfermedad terminal es considerada la etapa final de muchas enfermedades crónicas progresivas cuando se han agotado todos los tratamientos posibles y alcanza la irreversibilidad, con un pronóstico de vida inferior a los 6 meses.^{2,4}

Dentro del entorno hospitalario se ha observado un número creciente de pacientes con patología terminal, la cual indudablemente los lleva a la consumación de su vida en un periodo de tiempo relativamente corto.³

Aproximadamente el 60% de las muertes que se producen en España han atravesado, previamente, una fase terminal de su enfermedad.⁴ Hoy en día se calcula que en España a causa de enfermedades de evolución progresiva que conllevan a situación terminal, fallecen en un año unas 500 personas por 100.000 habitantes ⁵. En 2011, unos tres millones de pacientes, la mayoría de ellos terminales, recibieron cuidados paliativos, solo 20 países del mundo los han integrado adecuadamente en los sistemas de atención sanitaria.⁶

Además, es evidente el impacto y el desgaste que esa situación le genera a su cuidador primario, desde el momento en que se le hace saber la situación de terminalidad de su familiar hasta que llega su muerte, y la insuficiente atención que se le brinda tanto para la atención de las necesidades básicas como para atención al ámbito emocional.³

A medida que el paciente terminal avanza en su enfermedad, la familia del paciente también pasa por varias transformaciones frente a la muerte. Esta interacción entre el paciente y su familia es una relación compleja en la que el paciente sufre por los cambios producidos en la familia y la familia sufre por los caecidos en el paciente.⁷

Para las necesidades de los pacientes y sus familias, hay cuidados, que se definen por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como el cuidado activo e integral al paciente sin posibilidad de curación, para el control del dolor y otros síntomas y con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias. ⁷

Existen estudios que muestran la preferencia de gran parte de la población, que padece una enfermedad terminal, de morir en su domicilio rodeado de su familia. Ésta tiene un papel fundamental en la etapa final de la vida, con especial relevancia si esta última etapa se produce en el domicilio, cumpliéndose, así, la voluntad del paciente de pasar los últimos días en su entorno familiar y rodeado de sus seres queridos. ⁴

Está comprobada la notable influencia del apoyo social en la salud individual y familiar. La mera existencia de relaciones sociales no implica la provisión de apoyo social, ya que éste se trata más bien de un aspecto de calidad de éstas. Su importancia es mayor en las situaciones de crisis familiar en las que el apoyo puede determinar la superación de la situación estresante.^{8,9}

En general puede afirmarse que existe una relación positiva entre apoyo social y bienestar individual, aunque no están claros los mecanismos mediante los cuales las relaciones sociales afectan a la cognición, las emociones y la salud. No siempre la presencia de apoyo social conlleva efectos positivos como factor protector en determinadas patologías o a la mejora de la calidad de vida.⁹

Es conveniente distinguir entre las distintas dimensiones del apoyo social: apoyo emocional o afectivo referente a la disponibilidad de personas que pueden proporcionar amor, estima, cariño y empatía; apoyo confidencial en referencia a la posibilidad de contar con personas a las que se puedan comunicar problemas; apoyo informacional incluye los contactos sociales a través de los cuales se recibe información o consejo. ¹⁰

La enfermedad produce una crisis, sobre todo cuando es inesperada, que somete a reajustes a los miembros de la red social del paciente, produciéndose la especialización de cada miembro de la red en la provisión de uno u otro tipo de apoyo: la familia cercana es la más capacitada para el apoyo afectivo y emocional y el equipo de salud debe asumir el apoyo informacional.^{10,11}

El apoyo será efectivo cuando se ajuste a las tareas que se pretenden solucionar. Esta perspectiva del apoyo social es muy importante en el caso de los pacientes terminales. El ajuste debe centrarse en dimensiones como la cantidad de apoyo, que en exceso puede generar dependencia; el momento ya que las necesidades de apoyo cambian en gran medida según las fases de la enfermedad terminal y el origen del apoyo porque el mismo recurso puede ser aceptado y percibido de muy distinta forma según la fuente o precedencia del apoyo. ¹⁰

Para el profesional de enfermería encargado de proporcionar cuidados a pacientes terminales, por un lado, tendrá que aceptar que no se van a curar ni enfrentarán de igual modo una enfermedad terminal, incurable y avanzada y, por otro, que gran parte de ellos morirán en el corto plazo. También deberá reflexionar permanentemente sobre sus propias creencias, actitudes y miedos ante la muerte ya que además de saber reconfortar, tener compasión y empatía con la persona que cuida, implica un desarrollo personal y profesional, basado en un crecimiento espiritual, adecuado a las circunstancias, considerando su propia historia de vida, sus experiencias anteriores, sus valores y/o creencias y su relación con ella misma y con los demás. ^{12,13}

La enfermería tiene dentro de su actuación el acogimiento del sufrimiento humano y a través del cuidar, rehabilita, mitiga los dolores y promueve la salud. Para proporcionar cuidados se requiere de una relación de ayuda. ^{12,13}

La calidad de los cuidados es fundamental para garantizar la calidad de vida de los pacientes, incorporando a los familiares como objeto de atención de los mismos antes, durante y después del fallecimiento de los pacientes. ²

Desde el punto de vista personal, y para que la relación terapéutica entre enfermera/o y paciente-familia sea lo más beneficiosa posible, es necesario que se manifieste empatía, calidez, autenticidad y contacto físico. ^{12,15}

Además los cuidados a estos pacientes deben de practicarse necesariamente desde equipos interdisciplinarios con formación adecuada, que incluyen

profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería), trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, psicólogos, asesores espirituales y voluntarios. Este grupo de profesionales altamente cualificados, y especialmente capacitados, donde prima el trabajo en equipo, combina sus fortalezas para anticipar y satisfacer las necesidades del paciente y familia en todos sus aspectos; dando más sentido a la filosofía de la profesión enfermera y su actividad fundamental, el CUIDAR.¹⁶

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Mejorar la calidad de vida de las familias del paciente en estado terminal, mediante la formación de los profesionales de enfermería, a través de los cuidados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Los profesionales de enfermería adquirirán conocimientos para saber tratar a los familiares de pacientes terminales.
- Los profesionales enfermeros aumentarán el número de visitas a domicilio a familias con un paciente en situación terminal.
- En los familiares que cuidan de un paciente en situación terminal disminuirá los niveles de estrés, ansiedad y miedo a la muerte que les genera, mejorando así su calidad de vida.
- Disminuirá la demanda de servicios de salud por parte de los familiares del paciente terminal.

4. METODOLOGÍA

Hemos comenzado la realización del plan de mejora con una revisión bibliográfica en la que nos ha llamado la atención la demanda de estudios sobre el apoyo a las familias o cuidadores de pacientes con enfermedades terminales. No obstante hemos buscado información relativa a este tema, y como afecta la enfermedad terminal del paciente a la calidad de vida de su entorno.

4.1. PLANIFICACIÓN (DIAGRAMA DE GANTT)

El diagrama de Gantt es un diagrama representativo que lo utilizamos como método planificativo, que permite visualizar fácilmente la distribución temporal de las actividades que hay que hacer para implantar una determinada acción. Por eso ha sido el método elegido para planificar los tiempos estimados de realización de este proyecto.

El cronograma abarca la planificación desde el mes de febrero hasta el mes de junio.

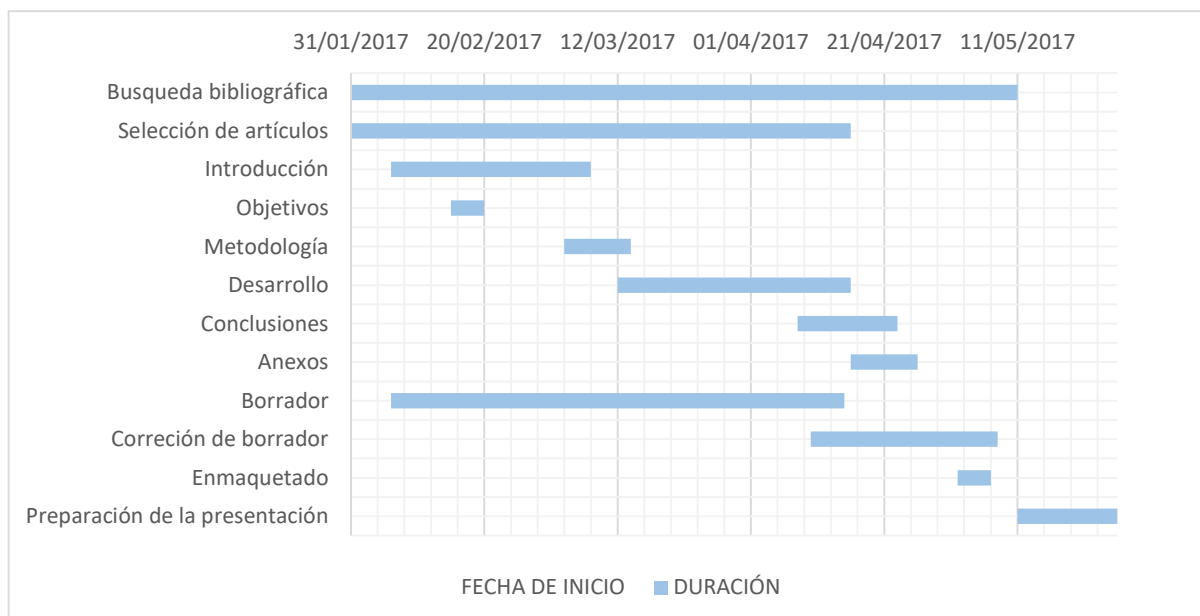


Grafico nº1: Planificación del Trabajo Fin de Grado a través de un diagrama de Gant.

Fuente: Elaboración propia.

4.2. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el paciente terminal y la atención a la familia, recogiendo datos sobre la incidencia de muerte de personas en situación terminal, características del apoyo social y como enfermería influye en estas situaciones. Las bases de datos utilizadas han sido Medline, SciELO, Dialnet, Science Direct y Cuiden cuyos resultados se pueden ver en la Tabla nº1.

La antigüedad de los artículos empleados ha sido de los últimos 8 años, aunque también se han utilizado ciertas bibliografías más antiguas.

No se han hecho exclusiones de idioma para la selección de artículos. La mayoría de artículos empleados son en español, aunque también se han encontrado, en menor proporción, publicaciones en inglés y portugués.

Además de bases de datos también se han utilizado otros recursos como páginas web, libros y revistas, reflejado en la Tabla nº2, nº3 y nº4.

4.2.1. Bases de datos

Bases de datos	Palabras claves	Artículos encontrados	Artículos leídos.	Artículos utilizados
Medline	"terminal" AND "patient" AND "nurse"	500	5	2
SciELO	"final de la vida"	33	6	1
	"Nursing" AND "palliative care"	130	10	1
Dialnet	"apoyo social" AND "estrés"	286	3	1
	"cuidador" AND "virtual"	14	2	1
ScienceDirect	"enfermería" AND "cuidados paliativos"	614	4	2
Cuiden	"paciente" AND "terminal" AND "enfermería"	423	16	2
	"relajación" AND "enfermería"	170	2	1

*Tabla n°1: Resultados revisión bibliográfica en bases de datos consultadas.
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos bibliográficos.*

4.2.2. Páginas web

Página web	Enlace
Centro de Salud Seminario	http://sectorzaragozados.salud.aragon.es/indice/centro-atencion-primaria/seminario
Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria	http://samfyc.es
Sociedad española de cuidados paliativos (SECPAL)	http://www.secpal.com/
Asociación latino americana de cuidados paliativos.	http://cuidadospaliativos.org/home/
Organización Mundial de la Salud	http://www.who.int/es/

Tabla nº2 Resultados revisión bibliográfica en páginas web consultadas.
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos bibliográficos.

4.2.3. Libros y revistas

Libros y revistas
Gestión sanitaria y gestión de pacientes.
Guía metodológica para la gestión clínica por procesos.
Medigraphic: Literatura biomédica.

Tabla nº3 Resultados revisión bibliográfica en libros y revistas consultados.
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos bibliográficos.

4.2.4. Otros

Consulta	Título
Manual de ifses preparación del EIR	Cuidados en el paciente-oncológico
Repositorio Unican	Morir en el domicilio

Tabla nº4: Resultados de otros recursos consultados en la revisión bibliográfica.

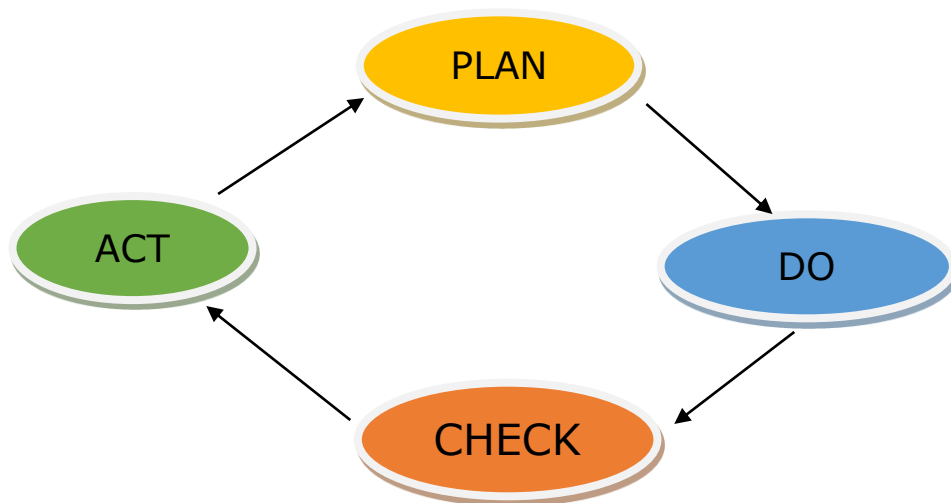
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos bibliográficos.

4.3. DISEÑO DEL ESTUDIO

Para la realización de este trabajo nos hemos basado en el ciclo de mejora continuada de la calidad de Deming o ciclo de "PDCA".

La resolución de problemas mediante este ciclo nos permite una infinita mejora de la calidad ya que posibilita conocer las causas que los generan. Para posteriormente abordarlas y por lo tanto disminuirlas o eliminarlas, obteniendo una mayor eficacia y eficiencia. La mejora se puede conseguir mediante dos métodos diferentes, pero no excluyentes: La mejora gradual que sirve para rectificar determinados procesos o aspectos defectuosos que ya existen o la radical, que implica un cambio total creando o cambiando totalmente el proceso.^{17,18}

Este ciclo consta de 4 fases ordenada y consecutivas: Planificar (Plan), Hacer (Do), Evaluar (Check) y Actuar (Act).

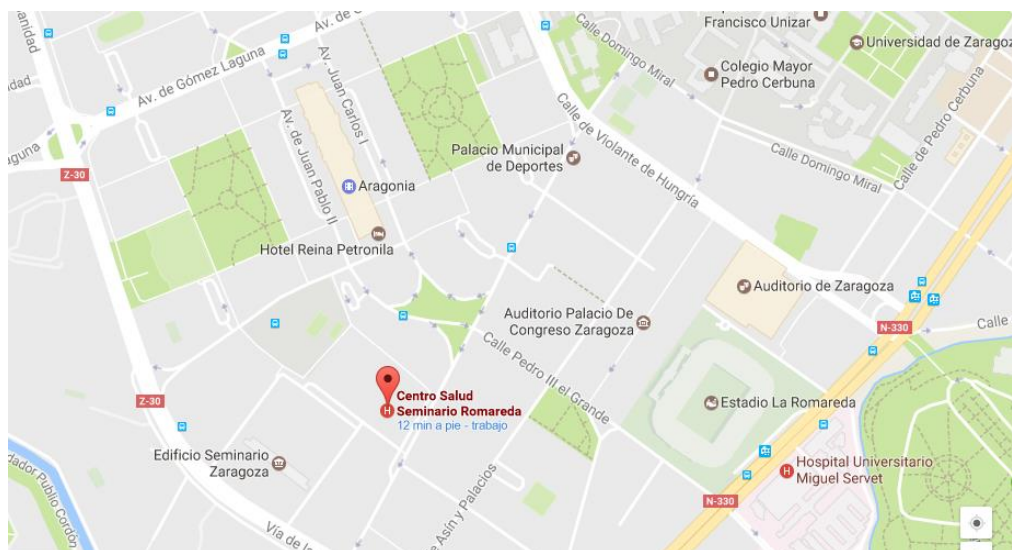


*Gráfico nº2: Etapas del ciclo de calidad o de Deming
Fuente: Elaboración propia.*

4.3.1. AMBITO DE ESTUDIO / POBLACIÓN

- Contexto geográfico

El estudio se desarrollará en el Centro de Salud "Seminario Romareda" de Zaragoza, que se encuentra incluido en el Sector Sanitario Zaragoza 2 de la Comunidad Autónoma de Aragón.¹ Se eligió este centro de salud para llevar a cabo el plan de mejora, por ser desde el que se coordina al Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) en este sector.



- Población de estudio.

La población de estudio estuvo formada por profesionales de enfermería del centro de salud Seminario Romareda.

Fueron incluidos en el estudio todos los enfermeros de atención primaria pertenecientes al centro de salud Seminario Romareda y consintieron colaborar con los fines del estudio. Se excluyeron del mismo a los enfermeros especialistas en formación (EIR), los enfermeros que en el momento del estudio disfrutaban de permisos reglamentarios o vacaciones y aquellos que ocupaban puestos directivos o jefaturas de servicio.

PROFESIONALES ENFERMEROS	
EXCLUIDOS	Enfermeros especialistas en formación (EIR), los enfermeros que en el momento del estudio disfrutaban de permisos reglamentarios o vacaciones y aquellos que ocupaban puestos directivos o jefaturas de servicio.
INCLUIDOS	Los enfermeros de atención primaria pertenecientes al centro de salud Seminario Romareda y consintieron colaborar con los fines del estudio.

Tabla nº5: Profesionales incluidos y excluidos en la población de estudio.

Fuente: Elaboración propia

4.3.2. MATERIALES

El coste económico debe diferenciar los costes privados que no serán imputados ya que el personal que colabora pertenece al centro de salud Seminario Romareda y los costes externos de este plan son una contraprestación económica total de 158€ desglosada en la Tabla nº6.

Impresión	0,15 cent cada ficha x5 por profesional x 20 profesinales 0,15cent x20 encuestas	18€
Salario del profesional que explica en que va a consistir	20€ por hora x persona	40€ dos horas
Salario del enfermero responsable de la formación de nuestros enfermeros	25€ por hora x persona → 50€ por sesión	100€ ambas sesiones
TOTAL		158€

Tabla nº6: Costes externos desglosados.

Fuente: Elaboración propia

4.3.3. DECLARACIÓN DE INTERESES

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses en la realización del trabajo de fin de grado.

5. DESARROLLO

5.1. PLANIFICACIÓN

5.1.1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

- ¿Cuál es el **problema**?

La falta de atención y apoyo a las familias y entorno de los pacientes terminales por parte de los profesionales de enfermería.

- ¿Cuáles son los **beneficios** que se esperan conseguir? ^{19,4}

- Beneficios para la familia:

- Mejora en su calidad de vida, evitando el deterioro de su salud
- Una vez fallecido el enfermo seguir prestando cuidados a su familia
- Mejora en la comunicación efectiva entre cuidadores informales y profesionales → aumento de la confianza en el sistema de salud
- Atención personalizada para los miembros de la familia
- Creación de redes de apoyo tanto físico como psicológico, evitando las responsabilidades excesivas descompensadas para llevar a cabo el rol de cuidar de forma saludable y eficiente.
- Mejora para adaptarse a la nueva situación familiar

- Beneficios para el paciente

- Evitar la claudicación familiar en los últimos días del enfermo terminal, cuando se enfrentan a situaciones más estresantes.
- Actuar sobre los efectos negativos que pueda padecer el cuidador, repercutirán sobre los cuidados aplicados al enfermo, afectando a la relación entre ambos

- Beneficios para el centro de salud
 - Mayor vinculación de los profesionales por el aumento del trabajo en equipo, más comunicación, más reconocimiento.
 - Disminución de la demanda de atención sanitaria por parte de los familiares, por lo tanto, disminución de los costes.
 - Aumento de los recursos destinados a la atención de las familias del paciente terminal.

5.1.2. ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Se realiza una revisión bibliográfica de las causas más frecuentes de falta de atención a las familias de pacientes terminales.

Se organizan a través del diagrama de Ishikawa, que permite recoger datos cualitativos de manera visual formando una "espina de pescado" y colocando el problema a la derecha.

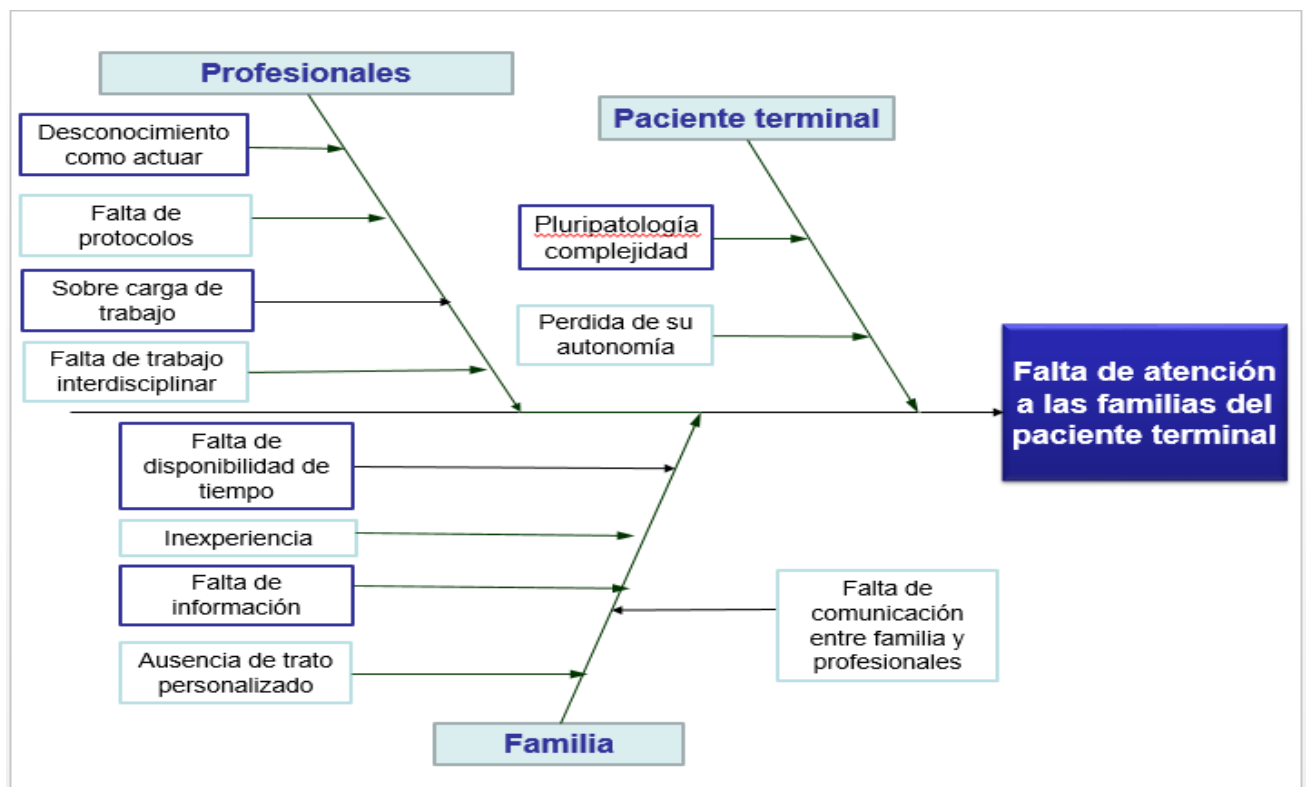


Gráfico: n°3: Diagrama de Ishiwaka, causas más frecuentes de falta de atención a las familias.

Fuente: Elaboración propia.

- **¿Qué vamos a hacer?**

El objetivo de este trabajo es mejorar la atención a las familias con un enfermo terminal mediante la realización de cuidados que no se centren únicamente en el paciente terminal. Aplicaremos técnicas y cuidados para mejorar la calidad de vida de las familias.

- **¿Por qué lo vamos hacer?**

Para dar acogida y apoyo a la familia del paciente terminal, para así poder afrontar mejor la enfermedad y la muerte. Para ayudar al personal de enfermería a mejorar la calidad y humanización de sus cuidados, ayudando a disminuir el nivel de estrés y ansiedad que tienen las familias mediante la comunicación, la información y la empatía, sin necesidad de usar fármacos.

- **¿Qué queremos lograr?**

La implantación de un plan de acogida a las familias que sufren la enfermedad terminal de un ser querido cercano, con el fin de mejorar los niveles de estrés que sufre la familia o cuidador principal. Ayudar a afrontar con actitudes positivas la enfermedad. Todo ello a través de la información y comunicación, le servirá a la familia para lidiar de una forma más sencilla durante el curso de la enfermedad.

5.2. HACER

El plan pretende incorporar una atención dirigida a las familias con familiares en situación terminal. Favoreciendo el aumento del bienestar y calidad de vida.

En el plan nos tenemos que asegurar la participación tanto del personal de enfermería del centro de salud como de otros profesionales también implicados en los cuidados tanto al paciente terminal como a su entorno, que ayudaran a la implantación de nuevos cuidados más centrados en las familias basándose en la comunicación, la empatía y el respeto.

Además de formar a los profesionales, se pretende implantar este cuidado como un servicio más a disposición de los pacientes. Con el objetivo de disminuir la ansiedad y estrés de las familias y así por lo tanto la demanda de salud, reduciendo el gasto sanitario.

El plan de mejora va a constar de varias partes que se llevaran a cabo a lo largo de 6 meses:

- Primera (evaluación de la situación): Cuando la familia recibe la noticia de la enfermedad terminal sufre una gran alteración psicoemocional, debido a la pérdida del ser querido y a la alteración de la situación familiar. Esta situación de estrés dependerá de: las características de cada persona, de la historia previa de pérdidas, de las relaciones familiares, del papel que desarrolla esa persona dentro de la familia, del tipo de enfermedad y de los recursos económicos disponibles. Por ello no podemos realizar una atención grupal a estos pacientes, sino que debe ser individualizada y ajustada a cada situación.

Para empezar necesitamos conocer la situación actual de las familias con paciente terminal, haremos un recuento del número de familias en esta situación pertenecientes a nuestro centro de salud. Este paso previo nos servirá para saber el número de profesionales que vamos a demandar. Invitaremos a participar a enfermeros de nuestro centro de salud y que estén interesados en formar parte de este nuevo servicio, dirigido a esta población que muchas veces pasa desapercibida, centrando los cuidados en el paciente terminal.

- Segunda: Tras el recuento de familias y profesionales, se reunirá a todo el personal de enfermería interesado en participar en el salón de actos del Centro de Salud Seminario. Allí se les informará en que consiste el proyecto y cómo se va a desarrollar.
- Tercera: Tras la sesión informativa los profesionales que continúen interesados serán citados otro día en la misma aula para empezar la formación acerca de cómo tratar a estos pacientes. Esta formación va a desarrollarse en 2 sesiones de dos horas cada una tutorizadas por una persona de fuera del centro. En cada una de ellas se tratarán diferentes aspectos sobre comunicación, empatía y diferentes técnicas de tratar la ansiedad y el estrés.

Se asignara a cada profesional un pequeño grupo de pacientes y se les entregará unas fichas (anexo 1, 2, 3, 4) a cada profesional, donde se les orientará sobre qué hacer en cada visita al domicilio programadas un par de veces a la semana inicialmente y más tarde una a la semana. Tras las dos primeras visitas a domicilio se les citará en la consulta para una pequeña revisión de su estado de salud.

- Cuarta (evaluación de la nueva situación, si han disminuido los niveles de estrés, ansiedad, las demandas por partes de las familias): Al acabar cada mes se realizará una visita de evaluación en la que el personal de enfermería valorará varios aspectos para hacer un seguimiento en la continuidad de cuidados a la familia del paciente terminal durante seis meses.(anexo 5)
- Quinta: Una vez transcurridos estos 6 meses se volverá a reunir a los profesionales que han formado parte de nuestro plan de mejora y se les pasará unas encuestas para valorar su grado de satisfacción. (anexo 6).

5.3. EVALUAR

Para la oportuna implantación del plan utilizaremos un sistema de control permanente de la calidad que consistirá en recoger y analizar, de forma continuada, una serie de indicadores de gestión que monitoricen y evalúen la efectividad del plan de mejora.

En este caso aplicaremos tres tipos de indicadores. Los indicadores son medidas cuantitativas para medir la efectividad del plan. Nuestros indicadores son los siguientes:

5.3.1. INDICADORES DE ESTRUCTURA

1. Número de salas de docencia disponibles en El centro de salud Seminario para la realización de la charla explicativa.

INDICADOR: ESTRUCTURA I	
DESCRIPCIÓN	NUMERADOR: Número de salas de docencia disponibles en el centro de salud Seminario para la realización de la charla explicativa de cómo se va a desarrollar nuestro plan.
	DENOMINADOR: Número total de salas de docencia disponibles que posee el centro de salud Seminario.
	PERIODO DE TIEMPO: Cada actividad propuesta.
<p>ACLARACIÓN DE TERMINOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Será una sesión informativa dirigida a todo el personal de enfermería del ámbito de atención primaria pertenecientes a nuestro centro de salud que quiera participar, excluyendo enfermeros en formación (EIR). - En esta sesión se hará una breve explicación de los objetivos que se quieren conseguir y porque se quiere realizar este proceso. 	
<p>JUSTIFICACIÓN</p> <p>Con la realización de este plan se quiere disminuir la presión y la carga a la que están sometidos muchas veces los familiares que invierten la mayor parte de su tiempo en cuidar a sus seres queridos terminales. Ésto les supone en muchas ocasiones un aumento de ansiedad y estrés, bien por no saber cómo llevar la situación o simplemente por no tener tiempo libre para él. Produciéndoles una disminución de su calidad de vida, llegando incluso a demandar cuidados sanitarios.</p>	
<p>RESPONSABLE DE RECOGIDA</p> <p>Profesional encargado de la charla</p>	
<p>FRECUENCIA DE RECOGIDA</p> <p>Tras finalizar todas las actividades.</p>	
<p>FUENTE</p> <p>Profesionales encargados de dar la charla.</p>	
<p>ESTANDAR</p> <p>El 10% de las salas de docencia estarán disponibles.</p>	

Tabla nº 7: Indicador de estructura I.

2. Número de salas de docencia disponibles para la realización de las sesiones clínicas formativas en El centro de salud Seminario

INDICADOR: ESTRUCTURA II	
DESCRIPCIÓN	NUMERADOR: Número de salas de docencia disponibles para la realización de las sesiones clínicas formativas en el centro de salud Seminario
	DENOMINADOR: Número total de salas de docencia disponibles que posee en centro de salud Seminario.
	PERIODO DE TIEMPO: Cada actividad propuesta.
<p>ACLARACIÓN DE TERMINOS</p> <p>Implicará los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sesiones necesarias para la formación de profesionales implicados en el plan de mejora que estamos llevando a cabo. 	
<p>JUSTIFICACIÓN</p> <p>Con la formación orientada hacia como tratar a los familiares de pacientes terminales estamos contribuyendo a que el personal enfermero del centro de salud Seminario de Zaragoza que asista a las sesiones se sientan parte de la organización y aumenten sus aptitudes en este terreno para intentar conseguir una mejora en la calidad de vida de estas familias.</p>	
<p>RESPONSABLE DE RECOGIDA</p> <p>Profesional responsable de la formación.</p>	
<p>FRECUENCIA DE RECOGIDA</p> <p>Tras finalizar la formación.</p>	
<p>FUENTE</p> <p>Profesionales encargados de la formación</p>	
<p>ESTANDAR</p> <p>El 20% de las salas de docencia estarán disponibles.</p>	

Tabla nº8: Indicador de estructura II.
Fuente: Elaboración propia.

5.3.2. INDICADORES DE PROCESO

3. Número de horas dedicadas a la preparación de fichas en el plan de mejora a la atención a las familias de pacientes terminales

INDICADOR. PROCESO I	
DESCRIPCIÓN	NUMERADOR: Número de horas dedicadas a la preparación de fichas formativas para enfermeros en el plan de mejora a la atención a las familias de pacientes terminales
	DENOMINADOR: Número de horas totales dedicadas a la preparación de la formación de enfermeros en el plan de atención a familiares de pacientes terminales.
	TIEMPO: Tras la finalización del conjunto total de sesiones.
JUSTIFICACIÓN	
<p>Conocer si con el conjunto total de horas dedicadas a la preparación de estas fichas es suficiente para aumentar los conocimientos sobre cómo tratar con los familiares de pacientes terminales, o por el contrario sería necesario la ampliación o disminución del número de horas dedicadas a preparar estas fichas.</p> <p>El objetivo de estas fichas es dar unas pequeñas pautas a los profesionales enfermeros sobre las que puedan orientarse para poder mejorar diferentes aspectos que muchas veces pasan desapercibidos.</p>	
RESPONSABLE DE RECOGIDA	
Profesional responsable de la preparación de las fichas formativas	
FRECUENCIA DE RECOGIDA	
Tras la finalización del conjunto total de sesiones.	
FUENTE	
Profesional encargado de la formación	
ESTANDAR	
Se marcan tras la primera medición.	

*Tabla nº9: Indicador de proceso I.
Fuente: Elaboración propia.*

4. Número de fichas preparadas para el plan de atención a los familiares de pacientes en fase terminal.

INDICADOR: PROCESO II	
DESCRIPCIÓN	NUMERADOR: Número de fichas preparadas para el plan de atención a las familias de pacientes terminales
	DENOMINADOR: Número de fichas posibles para el plan de atención a las familias de los pacientes terminales.
	TIEMPO: Tras la finalización del conjunto total de sesiones.
JUSTIFICACIÓN Conocer si con el número de fichas realizadas es suficiente para abarcar todos los ámbitos o dimensiones sobre los que se quiere actuar.	
RESPONSABLE DE RECOGIDA Profesional responsable de la preparación de las fichas	
FRECUENCIA DE RECOGIDA Tras la finalización del conjunto total de sesiones.	
FUENTE Profesional encargado de la formación de los profesionales de enfermería.	
ESTANDAR Se marcan tras la primera medición.	

*Tabla nº10: Indicador de proceso II.
Fuente: Elaboración propia.*

5. Número de familias implicadas en el plan de mejora de atención a las familias del paciente terminal

INDICADOR: PROCESO III	
DESCRIPCIÓN	NUMERADOR: Número de familias sobre las que se está llevando a cabo este plan de mejora en la atención a familiares del paciente terminal.
	DENOMINADOR: Número total de familias con un enfermo terminal en el centro de salud Seminario.
	TIEMPO: Tras la finalización del conjunto total de sesiones.
JUSTIFICACIÓN Con este indicador queremos conocer si el número de profesionales enfermeros de los que disponemos es suficiente para prestar los servicios y cuidados a todas las familias con un paciente en situación terminal pertenecientes a nuestro centro de salud.	
RESPONSABLE DE RECOGIDA Profesional responsable de la coordinación del plan de mejora	
FRECUENCIA DE RECOGIDA Tras la finalización del conjunto total de sesiones.	
FUENTE Profesional responsable de la coordinación del plan de mejora	
ESTANDAR Se marcan tras la primera medición.	

*Tabla nº11: Indicador de proceso III.
Fuente: Elaboración propia.*

5.3.3. INDICADORES DE SATISFACCIÓN

6. Grado de satisfacción de los familiares de los pacientes terminales que han participado en las sesiones de nuestro plan de mejora

INDICADOR: EVALUACIÓN	
DESCRIPCIÓN	NUMERADOR: Grado de satisfacción de Número de familiares de pacientes terminales del CS El Seminario, respecto a la realización del los talleres.
	DENOMINADOR: Número total de familiares de pacientes terminales de el CS El Seminario.
	TIEMPO: Tras la finalización del conjunto total de sesiones.
JUSTIFICACIÓN La satisfacción de las familias es un indicador clave de la calidad asistencial por lo que debemos incluir en el plan de mejora, ya que se evaluará la calidad de las intervenciones realizadas. La mejora del grado de satisfacción de la familia, contribuye a disminuir el estrés y ansiedad.	
RESPONSABLE DE RECOGIDA Profesional responsable del conjunto de sesiones	
FRECUENCIA DE RECOGIDA Tras la finalización del conjunto total de sesiones.	
FUENTE La enfermera responsable de las visitas a domicilio.	
ESTANDAR Se marcan tras la primera medición.	

*Tabla nº 12: Indicador de satisfacción I.
Fuente: Elaboración propia.*

7. Grado de satisfacción de los profesionales enfermeros que han participado en nuestro plan de mejora con la formación proporcionada.

INDICADOR: SATISFACCIÓN	
DESCRIPCIÓN	NUMERADOR. Grado de satisfacción de número de profesionales enfermeros que han sido formados para participar en el plan de mejora
	DENOMINADOR. Número total de profesionales enfermeros formados para participar en el plan de mejora.
	TIEMPO. Tras la finalización del conjunto total de sesiones.
ACLARACIÓN DE TÉRMINOS Tras los 6 meses de seguimiento de las familias de los pacientes en estado terminal, se les reunirá de nuevo proporcionándoles una encuesta de satisfacción.	
JUSTIFICACIÓN Este indicador nos permitirá saber el grado de calidad de la formación proporcionada a nuestros profesionales, siendo de gran importancia para evaluar nuestro plan de mejora y así poder introducir nuevos cambios destinados a aumentar su efectividad.	
RESPONSABLE DE RECOGIDA Profesional responsable de la formación	
FRECUENCIA DE RECOGIDA Tras la última sesión.	
FUENTE Profesional responsable de la formación.	
ESTANDAR Se marcan tras la primera medición.	

*Tabla nº13: Indicador de satisfacción II.
Fuente: Elaboración propia.*

5.4. ACTUAR

Una vez realizada la evaluación se establecerá si la medida es efectiva, si conseguimos la mejora que estamos buscando, y si se produce en el grado que queremos, en caso de que así sea, se continuará con las actividades descritas realizando evaluaciones periódicas.

Si no se cumplen los objetivos, se identificarán los aspectos que no funcionan correctamente, se replantearán las actividades y se llevará a cabo una nueva evaluación.

6. CONCLUSIONES

- La implantación de un plan de mejora sobre la atención a la familia del paciente terminal puede mejorar la calidad de vida de estas familias, reduciendo los niveles de estrés, ansiedad y miedo que les genera esta situación.
- Al llevar a cabo este plan de mejora se disminuirá la demanda de servicios de salud por parte de las familias, proporcionándoles una buena prevención.
- Se aportarán conocimientos y técnicas a los profesionales de enfermería, para que transmitan empatía y brinden unos cuidados más holísticos.
- Confiaremos en que este plan sirva de motivación, para más centros de atención primaria e incluyan este servicio, dentro de su cartera de servicios.

7. **BIBLIOGRAFÍA**

1. Servicio aragonés de Salud. Sector Aragón de salud II. [Página Web en Internet]. [Citado 2 de mayo de 2017] Disponible en: <http://sectorzaragozados.salud.aragon.es/indice/centro-atencion-primaria/seminario>
2. Rodrigues AM. El cuidador y el enfermo en el final de la vida -familia y/o persona significativa. Enfermería Glob [Internet]. [citado 16 de febrero de 2017];(18). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000100022&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Guerrero-Nava JA, Romero-Quechol G, Martínez-Olivares M, Martínez-Martínez RA, Rosas-Reyes SC. Percepción del cuidador primario sobre las intervenciones de enfermería al paciente en estado terminal. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2016; 24(2):91-8. [Citado 17 de febrero 2017] Disponible en: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/96/156
4. Cortes L. Morir en el domicilio: atención de la familia y al equipo sanitario del paciente terminal. Repositorio Unican. 2015. [Citado 17 de febrero 2017] Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/7464>
5. Vega T, Arrieta E, Lozano JE, Miralles M, Anes Y, Gómez C et al. Atención sanitaria paliativa y de soporte de los equipos de atención primaria en el domicilio. Gac Sanit. 2011;25(3):205-210 [Citado 14 de marzo 2017]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S1134248X14001104?>
6. Organización Mundial de la Salud. [sitio web] [citado 20 de febrero 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/es/>

7. Moreira de Souza R, Turrini RNT. Paciente oncológico terminal: sobrecarga del cuidador. Enfermería Glob [Internet];10(22). [Citado 17 de febrero 2017] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000200013&lng=es&nrm=iso&tlng=es

8. Ekman Ladd R, Pasquerella L, Smith S. What to do when the end is near: ethical issues in home health care nursing. National Library of Medicine. Public health nursing [Internet]. 2000; (17.2): 103-110. [citado 28 de febrero 2017]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1525-1446.2000.00103.x/epdf>

9. Molina JL, Fernández R, Llopis Cañameras J, Mccarty C. El Apoyo social en situaciones de crisis: un estudio de caso desde la perspectiva de las redes personales. Portularia Rev Trab Soc [Internet]. 2008;(8):61-76. . [Citado 23 de febrero 2017] Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2797197&info=resumen&idioma=SPA>

10. Cobos M, Almendro E, Stempel J, Molina G. La familia en la enfermedad terminal (II). Med Fam [Internet]. 2002;3(4):262-267. . [Citado 27 de febrero 2017] Available from: <http://samfyc.es/Revista/PDF/v3n4/07.pdf>

11. Simone G De, Tripodoro DV. CUIDADOS PALIATIVOS Y CONTROL DE SINTOMAS Manual para estudiantes de la Carrera de Medicina Contenidos Prólogos Dr . Eduardo Bruera y Dr . Guillermo Semeniuk Cuidados Paliativos: Conceptos generales Comunicación y aspectos psicosociales: Cómo dar malas noticias material. 2003;2287(1425).[Citado 3 de marzo 2017]. Disponible en:

<http://www.portalsida.org/repos/1.FUNDAMENTOS%20DE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS-manual.pdf>

12. Contreras S, Sanhueza Alvarado OI. Los pacientes del programa alivio del dolor y cuidados paliativos: razones y significados para enfermeras/os. Cienc enferm -Chi- [Internet]. 2016; [Citado 27 de febrero 2017]. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532016000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
13. Ruiz-Íñiguez R, Bravo N, Peña Ibáñez F, Navarro N, Seco A, Carralero A. Intervención enfermera sobre la calidad de vida en personas con cuidados paliativos domiciliarios: revisión sistemática. 2017;24(2): 72-82. [Citado 3 de marzo 2017]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134248X15000221>
14. Rn MN, Beneken DM. The nursing role during end-of-life care in the intensive care unit related to the interaction between patient , family and professional : an integrative review [Internet]. 2016;(6). [Citado 7 de marzo]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scs.12315/epdf>
15. Marchán S. Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes en unidades de paliativos y oncología. Nure Inv. 18(32). 2016. [Citado 2 de marzo 2017] Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/789/702>
16. Codorniu N, Guanter L, Molins A, Utor L. Competencias enfermeras en cuidados paliativos [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL); 2013 Mar. 64 p. Monografía Nº 3 SECPAL. .

[Citado 2 de marzo 2017] Disponible en:
<http://www.secpal.eom//Documentos/Blog/MONOGRAFIA%203.pdf>

17. Lorenzo Martínez S. Ciclo de mejora. Diseño y gestión de planes de mejora. En: Aranaz Andrés JM, Aibar Remón C, Vitaller Burillo J, Mira Solves JJ, directores. Gestión sanitaria y seguridad de pacientes. 1ª ed. Madrid: Diaz de Santos; 203-208. . [Citado 12 de marzo 2017]
18. Mora Martínez J. Guía metodológica para la gestión clínica por procesos. 1st ed. Madrid: Diaz de Santos; 2003.
19. Cabrera J, Arques R, Albacar N, García M, Mora G, Lleixà M Apoyo tecnológico a los cuidadores no profesionales de personas con enfermedades crónicas. [Citado 15 de marzo 2017] Disponible en:
<http://www.enfermeria21.com.roble.unizar.es:9090/revistas/metas/articulo/80921/>
20. Crespo Nalgo, María Dolores. La intervención de enfermería en técnicas de relajación, es eficaz en el tratamiento de la ansiedad. Rev Presencia 2016 ene-jun, 12(23). [Citado 4 de abril 2017] Disponible en:
<http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/p2e/n23/p10922.php>
21. Manual de ifses preparación EIR. Cuidados en el paciente-oncológico. Tema 16. [citado el 23 de abril de 2017]

ANEXOS

Anexo 1:

FICHA PRIMERA VISITA: TOMA DE CONTACTO

- Los cuidados que prestamos a la familia, están relacionados con la respuesta a sus dudas y el alivio de sus temores.

- La primera intervención del equipo será valorar si la familia puede, desde el punto de vista emocional y práctico, atender de forma adecuada al enfermo.

- Inicialmente, se debe identificar a la persona que llevará el peso de la atención o cuidador principal, para intensificar el soporte sobre ella y revisar el impacto y las vivencias que se vayan produciendo.

- Realizaremos una pequeña entrevista con el familiar, presentándonos, explicándole que le visitaremos dos veces por semana y ofreciendo nuestra disponibilidad.

- Empezaremos realizando una pequeña valoración de la vivienda y de las condiciones en las que viven, recursos disponibles (económicos)... Mientras tanto iremos entablando una conversación con el familiar en la que se muestre empatía hacia él. Es importante averiguar cuanto sabe el familiar con preguntas indirectas y escucha activa por si tenemos que reforzar la información.

- **CONSEJOS:**
 - Escucha activa: parafrasear, respetar silencio, captar lenguaje no verbal...
 - Comunicación efectiva
 - Información clara y realista sobre la enfermedad, los síntomas y los cuidados paliativos a prestar.
 - Que la conversación sea un diálogo y no un monólogo
 - Mirar a los ojos mientras hablamos con la persona
 - Mostrar empatía (mostrarse próximo)
 - Aceptación: interés por lo que dice, permitirle expresar sus sentimientos...
 - No invadir su intimidad

FICHA SEGUNDA VISITA: VALORACIÓN

- El siguiente paso será planificar la integración plena de la familia y lo haremos mediante: la educación sanitaria a la familia, soporte emocional y ayuda en la rehabilitación y recomposición de la familia. Lo iremos haciendo a lo largo de las siguientes visitas a domicilio o en la consulta.

- Nos interesaremos por cómo ha pasado la semana y le realizaremos una pequeña valoración para conocerle mejor, siempre ha de realizarse con mucho tacto y sin insistir demasiado en la pregunta. Hay que entender que estas familias están pasando por un difícil momento en sus vidas.
¿Cuántas horas o días dedica al cuidado de éste?
¿Realiza alguna actividad recreativa desde que tiene que cuidar a su familiar?
¿Hay momentos en los que sienta estrés o ansiedad?
¿Siente miedo a la muerte?
¿Tiene algún apoyo/ayuda familiar o social a la hora de cuidar a la persona terminal?

- Tras esta pequeña entrevista se les invita a que acudan un día a la consulta como una forma para que salgan de casa y les sirva de distracción. Además se les realizara una pequeña revisión (TA, diabetes, peso...) y así prevenir posibles problemas de salud..

- **CONSEJOS:**
 - No hace falta decirles que se les va a realizar una entrevista, sino que se pueden ir realizando las preguntas envueltas en la conversación

Anexo 3:

TERCERA FICHA: EN LA CONSULTA

- Tras recopilar los datos de visitas anteriores, enfocaremos nuestra atención a la parte que creamos que más lo necesita. Por supuesto sin olvidarnos de todos los demás aspectos, además de la visión holística como ser bio-psico-social del ser humano.
- Realizaremos una pequeña revisión de constantes, azúcar, peso... para prevenir complicaciones del estado de salud y así intentar cumplir uno de nuestros objetivos: disminuir la demanda de servicios de salud por parte de los familiares mediante una buena prevención.
- Se les animará a que participen en actividades que ellos consideren recreativas y que intenten no centrar toda su vida alrededor del familiar terminal dándoles a entender que en algún momento el ya no estará y tendrán que continuar con su vida. Por eso no deben dejar todo de lado por cuidar a su familiar, aunque en ese momento consideren esa su prioridad.
- En estas situaciones es importante recordarles que tienen que ayudar a su familiar a resolver los asuntos pendientes, darle soporte en lo referido a sus problemas espirituales.
- También se les informará de todos los recursos sociales y sanitarios disponibles, así como las franjas horarias de utilización.
- **CONSEJOS:**
 - o Tenemos que decir todo esto con mucho tacto porque es probable que estén muy sensibles estas personas o piensen que no las entendemos
 - o También es importante ocupar un par de citas seguidas o más si hiciera falta, porque no sabes el tiempo que les vas a dedicar y que tampoco piensen que te los quieres quitar de encima enseguida.
 - o Muy importante que el tiempo que estemos con ellos centrar toda nuestra atención en empatizar, mostrar una comunicación efectiva y no estar pensando en lo siguiente que tengo que hacer o haciendo otras cosas a la vez.

Anexo 4:

CUARTA FICHA: VISITA A DOMICILIO RELAJACIÓN

- Debemos ayudarlo a darse cuenta por sí mismos, o con nuestra ayuda, de que los momentos finales de la vida de su ser querido, son su última oportunidad para compartir su cariño y afecto, fortaleciendo incluso sus vínculos con dicha persona y con el resto de la familia, puesto que pueden repartirse equitativamente las responsabilidades de cuidado.
- En esta visita además de interesarnos por el familiar y como lleva el proceso de la enfermedad le entregaremos unos ejercicios de relajación que realizaremos con él el primer día para explicarle si no entiende alguno.²⁰

AMBIENTE	Cuide al ambiente donde va a realizar la relajación. Adopte una postura cómoda y cierre los ojos.
EXPERIENCIA DE CALMA	Aleje los problemas personales fuera de sí, represéntese en la frente un punto luminoso, a unos centímetros de la misma. Concéntrese en este punto.
RELAJACIÓN MUSCULAR	Tense y relaje todos grupos musculares del cuerpo. También puede hacerlo relajando los grupos musculares, sin tratar de tensarlos.
EXPERIENCIA DE RESPIRACIÓN	Debe controlar la respiración y su ritmo, obtener una sensación generalizada de recogimiento. La respiración es un elemento fundamental de la respiración.

Anexo 5:

FICHA DE VALORACIÓN

- A partir de la quinta visita empezaremos a realizar una pequeña valoración acerca de la evolución y satisfacción del familiar. Nos interesaremos sobre estos aspectos para realizarla:
 - ¿Ha realizado actividades de ocio?
 - ¿Ha disminuido los niveles de estrés y ansiedad?
 - ¿Ha demandado algún servicio médico o enfermero debido a su estado de salud?
 - ¿Le parece útil este nuevo servicio?
 - ¿Ha delegado el cuidado en el resto de la familia?

- Tras esta visita se distanciará la frecuencia entre éstas salvo que alguna situación concreta lo requiera estas visitas pasaran a realizarse una vez cada dos semanas. Es importante ofrecerle nuestra disponibilidad.

- Comentar con otros profesionales nuestra valoración → valoración interdisciplinar

- Tendremos que estar alerta por la posible aparición de síntomas familiares en la atención al paciente terminal:²¹
 1. Síntomas de alteración del funcionamiento familiar
 - El problema es adaptarse a las nuevas necesidades que aparecen y compatibilizar con la vida habitual
 - Tendencia a patrones rígidos de funcionamiento, el cuidador principal acapara y excluye a los demás.
 - Tendencia a la sobreprotección del enfermo.
 - Síndrome del cuidador: problemas físicos y psíquicos, sobrecarga económica, negación de la enfermedad e hiperadaptación del cuidador (si se sospecha pasar test de Zarit)
 2. Síntomas dependientes de la comunicación. La conspiración del silencio (no se enfrentan a la situación y niegan el derecho a información del paciente, favoreciendo el síndrome del cuidador y el duelo patológico)
 3. Síntomas emocionales en la familia: negociación, cólera, miedo, ambivalencia afectiva.
 4. Síntomas en la esfera social: aislamiento social (restricción de actividades y de la red social)
 5. Claudicación familiar: respuesta inadecuada a demandas y necesidades.
 6. Síntomas familiares en el duelo: duelo anticipado, patológico y crónico

Anexo 6:

ENCUESTA PARA VALORAR EL GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL CENTRO DE SALUD "SEMINARIO ROMAREDA" CON LA FORMACIÓN PROPORCIONADA.

	SATISFECHO	INSATISFECHO
Conocimientos generales (escasos/suficientes)		
Duración de las sesiones		
Fichas proporcionadas		
Frecuencia de las visitas a domicilio estipuladas		
Número de pacientes por profesional		
Cantidad de tiempo invertida en cada visita a domicilio		

Observaciones: _____

