



VNiVERSiDAD D SALAMANCA

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Titulación: Grado de Enfermería

TRABAJO FIN DE GRADO

Trabajo de carácter profesional

PROGRAMA DE APOYO A CUIDADORES INFORMALES DE PERSONAS CON DEMENCIA: UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA

Estudiante: María Velasco Moyano

Tutor: Adoración Vicente Ciudad

Salamanca, mayo 2026

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Loreto y Jesús, por darme la oportunidad de estudiar lo que me gusta, por vuestro apoyo incondicional y por creer en mi ni cuando yo lo hacía. Gracias por enseñarme que con esfuerzo y constancia todo es posible. Siempre seréis mi ejemplo a seguir.

A mi hermana Laura, por ser mi pilar y mi compañera de vida. Gracias por estar siempre a mi lado y por seguir compartiendo juntas cada nueva etapa.

A mis abuelos, César y Mercedes, por enseñarme a ser fuerte incluso en los momentos difíciles, y por cuidarme con ese cariño que espero devolveros algún día.

A Salamanca, gracias por estos 4 años, por darme una nueva familia cuando estaba lejos la mía, por verme crecer y por convertirme en quien soy.

Y finalmente, a enfermería, por enseñarme a valorar cada momento de la vida y a ser conscientes de lo afortunados que somos.

ÍNDICE

1. RESUMEN	1
2. INTRODUCCIÓN.....	2
3.1 Objetivo general	6
3.2 Objetivos específicos	6
4. DESARROLLO DEL PROGRAMA.....	6
4.1 DÍA 1. PRIMEROS PASOS	9
4.2 DÍA 2. SENTIR SIN MIEDO.....	9
4.3 DÍA 3. RESPIRA Y REINICIA	10
4.4 DÍA 4. MENTE EN CALMA.....	11
4.5 DÍA 5. SOSTENER SIN SOBRECARGA	12
4.6 DÍA 6. MÁS ALLÁ DE LAS PALABRAS.....	13
4.7 DÍA 7. DE LA CARGA AL ALIVIO	14
5. REFLEXIÓN.....	16
6. CONCLUSIÓN	17
7. BIBLIOGRAFÍA	19
8. ANEXOS	23

0. LEYENDA DE ABREVIATURAS

AP	Atención Primaria
IA	Inteligencia Artificial
INE	Instituto Nacional de Estadística
OMS	Organización Mundial de la Salud
SAAD	Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
TFG	Trabajo de Fin de Grado

1. RESUMEN

Introducción: La demencia es una patología en auge que afecta de manera holística tanto a la persona como a su cuidador, generando una carga física, psicológica, económica y social que compromete la calidad asistencial, convirtiéndose esta figura en un grupo extremadamente vulnerable. Por ello, resulta esencial abordar esta problemática ofreciendo un apoyo real, centrándose en el empoderamiento del cuidador informal.

Objetivo: Diseñar una intervención comunitaria liderada por profesionales de enfermería, orientada a dotar de estrategias de soporte y bienestar a los cuidadores no profesionales de personas con deterioro cognitivo.

Desarrollo del tema: El trabajo se basa en un programa educativo liderado por enfermería de atención primaria que se estructura en 7 sesiones de metodología participativa. La intervención inicia con una dinámica de acogida mediante la técnica World Café, seguida de talleres prácticos sobre técnicas de respiración, meditación mediante eSalud y pautas de movilización segura. Además, se capacita en la detección de señales de alerta ante crisis, concluyendo con una evaluación inicial y final del impacto asistencial.

Reflexión: Este trabajo me ha permitido visibilizar la vulnerabilidad del cuidador, pilar esencial del sistema. Como enfermera, considero prioritario su empoderamiento, cuidar a quien cuida garantiza la sostenibilidad asistencial y emocional previniendo así el aislamiento social y la claudicación familiar.

Conclusión: Esta intervención resalta la importancia de proteger la salud y cuidados desde una perspectiva comunitaria, ofreciendo recursos para mitigar su sobrecarga. Al empoderarlo y priorizar su bienestar, se garantiza una asistencia digna y sostenible, optimizando los recursos del sistema sanitario mediante un apoyo emocional preventivo que resulta fundamental.

Palabras clave: demencia, cuidador informal, sobrecarga, enfermería, atención primaria, apoyo social.

2. INTRODUCCIÓN

La demencia se define como un conjunto de enfermedades caracterizadas por el deterioro de la memoria, las funciones cognitivas y la autonomía en la vida diaria (1). Las personas que sufren esta condición presentan principalmente un déficit cognitivo progresivo e irreversible, vinculado a una amplia sintomatología neuropsiquiátrica que abarca delirios, alucinaciones, insomnio, quejas somáticas y funcionales o desinhibición, que reducen las capacidades instrumentales para realizar las actividades de la vida diaria (2,3).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2021 vivían con demencia 57 millones de personas a nivel mundial, sumándose a esta cifra 10 millones de casos incipientes cada año (1). Este incremento de casos es preocupante y se prevé que para el año 2050 la cifra total se duplique, especialmente en la población mayor de 65 años (2) .

En España, se están produciendo importantes cambios demográficos y sociales en la población con dependencia, apareciendo el concepto de “envejecimiento del envejecimiento”, el cual refleja que, en los últimos 20 años, la población mayor de 80 años se ha duplicado en el país (4). Según los datos de la Estadística Continua de Población del Instituto Nacional de Estadística (INE), a 1 de enero de 2025 existían en España 8.969.879 personas mayores de 65 años (5). Esta estructura poblacional incide directamente en la prevalencia de enfermedades como la demencia, afectando a uno de cada diez mayores de 65 años y a un tercio de quienes superan 85. De mantenerse este ritmo, se estima que para 2050 la demencia alcanzará al 4% de la población española total (6).

Como consecuencia de esta realidad, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, creó el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Esta ley busca regular las condiciones básicas de atención y garantizar el derecho a recibir cuidados en función del grado de dependencia, la capacidad económica del usuario y los servicios disponibles en el catálogo del sistema, ofreciendo tanto recursos públicos como privados. Dentro del marco legal, el artículo 15 de esta ley establece un “Catálogo de servicios” que incluye: “los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía del personal, servicio de Teleasistencia, servicio de Ayuda a domicilio, servicio de Centro de Día y de Noche y

Servicio de Atención Residencial”. Asimismo, el artículo 14 “Prestaciones de atención a la dependencia” contempla prestaciones económicas dirigidas tanto a la persona dependiente como a los cuidadores no profesionales en el entorno familiar, siempre que reúnan condiciones adecuadas de convivencia y habitabilidad (4). No obstante, aunque estas prestaciones son muy valoradas, las familias a menudo las consideran insuficientes, ya que perciben que el sistema se centra en las orientaciones y asesoramiento, mientras que la demanda real se enfoca en una mayor presencia física y un apoyo más intenso por parte de los servicios formales (7).

La hospitalización de pacientes con demencia conlleva un alto riesgo de deterioro funcional, angustia y estancias más prolongadas, teniendo la tasa de ingresos hasta cuatro veces superior respecto a los ancianos sanos de su misma edad. Esto conlleva a que el gasto de estos pacientes duplique al de la población general (8). Respecto al ámbito de la enfermería, la atención a pacientes con demencia incrementa significativamente la carga asistencial. Este aumento es resultado del estrés generado por las conductas impredecibles y por las barreras comunicativas del enfermo, lo que dificulta la comprensión de sus necesidades. Como consecuencia, el desempeño de las labores se ve comprometido, poniendo en peligro la calidad de los cuidados y pudiendo afectar al deterioro del estado del paciente (9).

La demencia afecta de manera holística no solo al paciente, ya que al propio déficit de la enfermedad se le suma la carga acumulada del cuidador, con efectos físicos, psicológicos, económicos y sociales, que termina influyendo negativamente en la calidad asistencial. Como consecuencia de la gravedad de la sintomatología, estas personas presentan un riesgo de institucionalización de cuatro a seis veces mayor que el de un anciano cognitivamente sano. Investigaciones recientes muestran los efectos negativos que supone la institucionalización de este colectivo, y aunque lo óptimo sería mantener su hogar habitual, supone un gran reto (10,11).

En España, ocho de cada diez familias asumen la asistencia permanente de la persona diagnosticada con Alzheimer (6). Esta labor recae principalmente en la figura de un cuidador informal no remunerado que suele ser una mujer de la propia familia, habitualmente la pareja o la hija. Se estima que estos cuidadores dedican entre 5 y 20 horas diarias al cuidado y un promedio de 60 horas semanales, lo que explica que muchos abandonen el trabajo remunerado, aumentando la presión financiera y social,

viéndose reducida su calidad de vida respecto a aquellos que no realizan este tipo de cuidados (12).

Las altas demandas físicas y psicológicas convierten a los cuidadores en un grupo extremadamente vulnerable, con un mayor riesgo de tener un sistema inmune débil, ansiedad, depresión y enfermedades cardiovasculares. Además, son más propensos a sufrir agotamiento crónico, obesidad y tabaquismo (10).

Esta carga está condicionada por factores como el género del cuidador, la etapa en la que se encuentra la enfermedad y el tipo de trastornos neuropsiquiátricos presentes (12). A esto se le suma que los cuidadores familiares asumen una gran responsabilidad, pero con frecuencia disponen de información limitada y escaso contacto con los profesionales sanitarios, lo que dificulta la comprensión de la enfermedad, incrementado la carga del cuidado, generando sentimientos de culpa y favoreciendo el aislamiento (13).

Debido al gran impacto psicosocial que sufren los familiares han surgido varias corrientes de apoyo que buscan aliviar el agotamiento del cuidador. Un ejemplo, serían los “Cafés de la Memoria”, que ofrecen un “respiro” a través de encuentros sociales y conversaciones abiertas, combinando el apoyo emocional entre pares con sesiones formativas y planificadas, lo que permite a los cuidadores acceder a nuevas perspectivas del cuidado, reduciendo su aislamiento (14). Otra corriente de cuidado es la figura del “cuidador experto”, donde personas con experiencia previa en cuidados informales asesoran a cuidadores actuales tras recibir una formación específica. El estudio mostró que estos voluntarios obtuvieron ganancias emocionales y una mayor percepción de apoyo social. Sin embargo, también tuvo aspectos negativos como la dificultad para establecer distancia emocional con su propia experiencia o la lidiar con las altas exigencias de los receptores (15). Otro estudio que se centra en la intervención basada en el hogar para grupos vulnerables expuso que, para aquellos cuidadores con barreras de acceso a recursos sociales, las visitas domiciliarias periódicas fueron fundamentales. La enseñanza sobre la demencia y la gestión del estrés a través de técnicas como la respiración consciente, adaptándose a la situación personalizada de cada persona, aumentó la autoeficacia del cuidador, fomentó la conciencia sobre el autocuidado y mejoró la calidad de la relación con la persona cuidada (16).

Actualmente, se está desarrollando nuevas formas de cuidado a través de la eSalud, definida por la OMS como la aplicación de las nuevas tecnologías al ámbito sanitario. Los cuidadores informales utilizan cada vez más aplicaciones móviles, plataformas digitales y recursos de telesalud centrados en la educación, el apoyo y la gestión del estrés (11). Para abordar la situación de los cuidadores, el Ministerio de Sanidad ha lanzado “El Manual de Cuidadores para personas con Demencia”, una adaptación de la herramienta iSupport de la OMS a nuestro país. Este recurso ofrece a cuidadores informales, asociaciones y profesionales sanitarios, estrategias de autocuidado y pautas para afrontar las distintas fases de la enfermedad (17).

Un estudio sobre el uso de chatbots como herramienta de conversación con disponibilidad absoluta, respaldada por una base de datos sobre el cuidado de personas con demencia, mostró un alto nivel de satisfacción entre los usuarios, quienes destacaron su utilidad como recurso de apoyo habitual (18). Estudios como el de Kwok (19) demuestran que la formación telefónica o digital en las habilidades de autocuidado, combinada con mindfulness, redujeron significativamente los síntomas depresivos. Además, la unión de técnicas como el mindfulness y los grupos de apoyo social mejoraron significativamente la percepción de acompañamiento. No obstante, el aprendizaje de habilidades complejas, como el manejo de problemas conductuales, generaron un aumento transitorio de la ansiedad antes de consolidarse los beneficios a largo plazo.

A pesar del avance tecnológico, la evidencia científica de las intervenciones sin contacto físico, bien telefónicas o por internet, presentaron diferencias según el estudio de González-Fraile (12). Frente a la atención habitual, no se observaron cambios significativos en la carga del cuidador ni en sus síntomas psicológicos cuando la intervención a distancia se comparó con las intervenciones habituales. Respecto a recibir solo información sobre los cuidados y la enfermedad, se detectó una ligera reducción de la carga y la depresión en aquellos que recibieron entrenamiento activo. Por último, los cuidadores que asistieron a programas de entrenamiento o apoyo mostraron una mayor tasa de abandono comparado con los que solo recibieron información pasiva, probablemente debido al tiempo y esfuerzo adicional que requieren estas actividades.

Considerando los cambios demográficos actuales y la alta incidencia de la demencia, sumado a una evidencia científica que aún no ofrece un consenso definitivo sobre el abordaje óptimo de los cuidados, resulta necesario desarrollar nuevas estrategias de intervención. Estas deben centrarse en el empoderamiento del cuidador principal, con el fin de reducir significativamente su sobrecarga y fortalecer su percepción de apoyo social.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Diseñar una intervención comunitaria, impartida por enfermeras de atención primaria (AP), con el objetivo de proporcionar herramientas de alivio a cuidadores informales de personas con deterioro cognitivo.

3.2 Objetivos específicos

- Reconocer las situaciones del día a día que generen mayor agotamiento o fragilidad emocional.
- Proporcionar herramientas para reducir el sentimiento de sobrecarga y aumentar el apoyo de percepción social.
- Facilitar el desarrollo de vínculos de apoyo que permitan el desahogo afectivo y la escucha activa.

4. DESARROLLO DEL PROGRAMA

El siguiente programa de intervención comunitaria basado en estrategias de apoyo al cuidador principal de personas con demencia, tiene como propósito transformar a la ciudadanía de sujeto pasivo en agente activo de su propia salud. Aprovechando el vínculo con la enfermera de AP, se dota a los participantes de recursos para promover su propio bienestar, reduciendo así la carga asistencial, en un entorno participativo que sirva de aprendizaje y como respiro, siguiendo un diseño estructurado y lógico (Anexo 1).

Todo el programa cuenta con el respaldo científico de las recomendaciones de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria y guías clínicas especializadas en promoción de la salud y participación comunitaria (17,20,21)

Población diana:

Cuidadores principales informales de personas con cualquier tipo de demencia no institucionalizadas de la ciudad de Salamanca, de entre 50 y 80 años, con riesgo de aislamiento social o altos niveles de estrés detectado a través de diferentes escalas: Entrevista de Carga de Zarit con puntuación superior a 47 puntos (indicativo de sobrecarga) (22) o Cuestionario de Apoyo Funcional de Duke-UNC con puntuación menor a 32 (indicativo de apoyo percibido bajo) (23).

No se discriminará según la experiencia anterior o actual del cuidador, debido a que el enfoque de ambos resultará enriquecedor para el programa ofreciendo diferentes perspectivas de situaciones similares.

Planificación de las sesiones:

Su estructura compuesta por varios talleres garantiza que se mantenga el enfoque metodológico principal independientemente del Centro de Salud en el que se implante. Esto facilita la integración de cuidadores procedentes de distintas zonas bajo un mismo marco de intervención comunitaria, siempre que se asegure la adherencia de los participantes para garantizar la eficacia de la dinámica grupal.

Se propone una intervención estructurada en siete sesiones de periodicidad semanal, con una duración de 90 minutos. Se ha determinado el horario de tarde, buscando minimizar el conflicto entre las responsabilidades de cuidado y la participación en el programa, puesto que es el periodo de mayor flexibilidad para el entorno familiar, facilitando que el cuidador pueda delegar sus funciones a terceros. Asimismo, se considera un horario estratégico al coincidir con una menor sobrecarga de tareas asistenciales en comparación con la mañana.

Recursos necesarios

El taller se llevará a cabo en una sala amplia de un centro municipal de la ciudad de Salamanca, acondicionada para 10 personas y equipada con mobiliario y recursos audiovisuales para el soporte de los contenidos técnicos (ordenador, pantalla y proyector).

El personal de enfermería liderará el taller, coordinando la intervención de un equipo multidisciplinar (fisioterapeutas) para garantizar un enfoque integral del cuidado. Entre sus funciones técnico-administrativas destacan la captación de los participantes,

la gestión de los consentimientos informados (Anexo 2) para el posterior análisis de datos y la organización del material didáctico. Asimismo, este rol de liderazgo se complementa con una labor de facilitación, en la que la enfermera promueve la comunicación horizontal. En este sentido, actuará también como moderadora, incentivando el debate y la reflexión grupal para que los asistentes comparen sus experiencias y puntos de vista.

El programa integra recursos didácticos de elaboración propia diseñados para ofrecer un aprendizaje integral y práctico. Para su desarrollo es imprescindible contar con un aula espaciosa que permita realizar las dinámicas de movilización. En el ámbito tecnológico se utilizará la aplicación gratuita “*Medita*” como herramienta de apoyo para el entrenamiento en relajación.

El proceso de evaluación se llevará a cabo mediante la realización de dos cuestionarios, que se realizarán al inicio y al final de la intervención para valorar el efecto de esta. Además, se administrará un cuestionario adicional para medir el grado satisfacción y recoger propuestas de mejora. El taller contará con presentaciones de autoría propia y fragmentos cinematográficos que fomenten la reflexión grupal.

Finalmente, para el desarrollo de las actividades se requerirá de material de papelería básico (papel, bolígrafos, rotuladores y pegatinas), así como soporte digital y una pizarra convencional.

Divulgación del taller

Para asegurar la participación del colectivo seleccionado, el reclutamiento se llevará a cabo a través de dos líneas de actuación convergentes.

La primera línea consistirá en la captación activa en consulta de enfermería de AP. Durante las visitas habituales de los enfermos, se informará al acompañante sobre el taller y, tras su interés inicial, la enfermera responsable realizará una entrevista inicial para validar los criterios de inclusión mediante la aplicación de la Entrevista de Carga de Zarit además del Cuestionario de Apoyo Funcional de Duke-UNC.

De forma paralela, se implementará un plan de comunicación externa para alcanzar a aquellos cuidadores que no acuden regularmente a consulta. Esta acción incluye la colocación de carteles informativos (Anexo 3) en áreas clave del Centro de Salud como puede ser la sala de espera y la difusión en redes sociales y medios locales.

Ambas vías de acceso aseguran que todos los integrantes del grupo cumplan con el perfil de riesgo o necesidad asistencial requerido, unificando los criterios de entrada y facilitando la creación de un marco de intervención común.

4.1 DÍA 1. PRIMEROS PASOS

Para la toma de contacto inicial, se utilizará la metodología World Café para romper la rigidez asistencial y fomentar la interacción espontánea. La enfermera actuará como mediadora en un debate donde los participantes compartirán experiencias personales apoyándose en una hoja de sugerencias con temas a tratar (Anexo 4).

Momento inicial (15 minutos)

Se realizará una presentación del equipo profesional que va a participar a lo largo de todo el programa, se expondrá la importancia de la confidencialidad de los temas hablados y se explicarán los objetivos generales del programa.

Planteamiento temático (45 minutos)

Se desarrollará la dinámica World Café. Se organizará el espacio en mesas de diálogo de 4 personas aproximadamente para que los asistentes intercambien sus inquietudes iniciales sobre el cuidado, utilizando el material de apoyo para este fin.

Momento elaborativo (20 minutos)

Se procederá a la puesta en común de las conclusiones extraídas en cada mesa, mediada por la enfermera para identificar y unificar los temas detectados.

Integración y cierre (10 minutos)

Realización de una rueda de sensaciones tras el primer contacto grupal y entrega del cronograma detallado de las próximas sesiones (Anexo 1).

4.2 DÍA 2. SENTIR SIN MIEDO

En la segunda sesión se utilizará la metodología de la “Hoja Rotada” de la “*Guía de dinamización de los consejos de la zona de salud*” (21) lo que permite potenciar el anonimato y la construcción colectiva, haciendo que sea más sencillo para los cuidadores expresar sentimientos difíciles sin sentirse juzgados.

Momento inicial (15 minutos)

Se comentará la experiencia del taller de la semana anterior y se reforzará el vínculo grupal tras el primer contacto.

Planteamiento temático (30 minutos)

Se dividirá a los participantes en grupos pequeños (3 o 4 personas). Se le entregará a cada grupo una hoja rotada con una temática diferente:

- Hoja 1: *“Cosas que extraño de mi vida antes de ser cuidador”*
- Hoja 2: *“Sentimientos que me avergüenza admitir”*
- Hoja 3: *“Momentos en los que me siento solo”*

Cada grupo escribirá sus verdades incómodas en su hoja durante cinco minutos. Al acabar el tiempo, sonará una señal para que pasen la hoja al grupo de al lado. Los nuevos receptores leerán lo que escribieron sus compañeros y añadirán nuevas ideas. Se repetirá la rotación hasta que todos los grupos hayan completado las tres hojas.

Momento elaborativo (30 minutos)

Una vez realizada la rotación, cada grupo expone a los demás las frases que más les hayan impactado o con las que más se identifiquen y se debate sobre ellas, permitiendo a la enfermera intervenir para desculpabilizar al cuidador y normalizar sus sentimientos.

Integración y cierre (15 minutos)

Se realizará un resumen de los sentimientos identificados y se procederá al cierre de la sesión.

4.3 DÍA 3. RESPIRA Y REINICIA

Esta sesión tiene como objetivo que el cuidador identifique sus principales focos de estrés y elija las herramientas adecuadas para reaccionar con calma ante situaciones de agitación.

Momento inicial (15 minutos)

La enfermera pedirá a los cuidadores que identifiquen un momento específico de la última semana en el que sintieron que iban a “perder los papeles” y se lanzará la siguiente pregunta: *“¿Qué siente vuestro cuerpo justo un segundo antes de “estallar”?”*.

Planteamiento temático (35 minutos)

Se enseñarán dos técnicas claves para utilizar en esos momentos:

- Técnica de respiración 4-7-8: Esta herramienta trata de realizar ciclos completos de respiración, inspirando 4 segundos, manteniendo 7 segundos y soltando todo el aire en 8 segundos. Al espirar el doble de tiempo de lo que inspiramos, “engañamos” al sistema nervioso para que se relaje. Tras la explicación, todo el grupo realiza tres ciclos completos.
- Técnica STOP:
 - S: Stop. Para. (Manos atrás o fuera de la habitación).
 - T: Toma aire. (Se puede hacer una respiración 4-7-8).
 - O: Observa. (Se consciente de tu propio cuerpo ¿Estás gritando? ¿Tienes los puños cerrados?)
 - P: Procede. (Ahora que has bajado el grado de tensión sigue con la actividad que se estabas haciendo).

Momento elaborativo (30 minutos)

Utilizando la metodología “Lluvia de ideas”, se expondrá la siguiente pregunta: “*¿En qué situaciones serían útiles el uso de estas técnicas?*”. Los participantes irán lanzando ideas y la enfermera las anotará en una pizarra. Posteriormente, a través de la “Votación con puntos de colores”(21), se repartirán pegatinas verdes (fácil de aplicar) y rojas (difícil de aplicar) y se colocarán al lado de cada respuesta anterior.

Integración y cierre (10 minutos)

Se realizará un resumen de la sesión y se establecerá un compromiso grupal para practicar la técnica STOP ante el primer síntoma de estrés detectado durante la semana.

4.4 DÍA 4. MENTE EN CALMA

En esta sesión se introducirá el uso de la tecnología como recurso de apoyo para el autocuidado, facilitando herramientas de relajación accesibles que ayuden a disminuir la reactividad emocional del cuidador en su entorno diario.

Momento inicial (15 minutos)

Se repasarán las técnicas de respiración 4-7-8 y STOP aprendidas en la sesión anterior, analizando su utilidad durante la semana.

Planteamiento temático (35 minutos)

La enfermera explicará la aplicación Medita, como una aliada gratuita para el día a día. Se enfatizará en cómo adaptarla al ritmo de cada participante: desde una “pausa de rescate” de dos minutos hasta una sesión de diez minutos para empezar la mañana con calma. Posteriormente, prepararemos la sala con luz suave y silencio para realizar juntos la sesión de “*Relajación Sencilla*” (10 minutos).

Momento elaborativo (30 minutos)

Tras abrir los ojos, la enfermera lanzará las siguientes preguntas dirigidas para realizar un pequeño debate: “*¿Cómo nos sentimos?*”, “*¿En qué momento real de mi rutina puedo encajar estos minutos?*” o “*¿Qué señal nos puede avisar de que es el momento de parar y abrir la aplicación?*”.

Integración y cierre (10 minutos)

Se recomendará la utilización del modo “*Aprende a meditar en 21 días*”, de la aplicación como un recurso complementario de apoyo. Se reforzará la idea de que estos minutos no es tiempo perdido, sino una herramienta de autocuidado disponible para su gestión emocional diaria.

4. 5 DÍA 5. SOSTENER SIN SOBRECARGA

Tras asimilar la base teórica de las sesiones anteriores, iniciamos una etapa orientada al desarrollo de destrezas físicas. El dolor crónico derivado del cuidado actúa como un factor distorsionador que consume gran parte de los recursos cognitivos, reduciendo drásticamente el umbral de tolerancia al estrés. Así, una situación que en condiciones normales sería manejable (como una pregunta repetitiva), puede convertirse en un detonante de crisis.

Por ello, la quinta actividad se dedicará a la prevención de lesiones mediante el aprendizaje de técnicas seguras de movilización.

Momento inicial (15 minutos):

Se realizará un seguimiento de la experiencia con la App Medita durante la semana. Se analizarán los beneficios percibidos y las dificultades para mantener el hábito de la meditación.

Planteamiento temático (20 minutos)

Se llevará un taller teórico-práctico liderado por la enfermera junto con el fisioterapeuta de una de las Unidades de fisioterapia, localizadas en la ciudad. Se explicarán las “tres reglas de oro” para mover al paciente sin lesionarse apoyándose en la infografía (Anexo 5):

- Base de sustentación: pies separados para mantener el equilibrio.
- Carga cerca del cuerpo: cuanto más lejos sujetes al familiar, más sufre tu espalda.
- Uso de piernas, no de espalda: doblar siempre las rodillas al hacer fuerza.

Momento elaborativo (45 minutos)

La fase práctica se desarrollará mediante estaciones de aprendizaje por pares. En cada punto los cuidadores alternarán los roles de paciente y asistente, permitiéndonos no solo practicar la técnica mecánica, sino también experimentar la sensación de seguridad que debe transmitir una movilización correcta.

- Estación 1: El paso de sentado a pie. Se practicará el agarre en la cintura y el contrapeso del cuerpo.
- Estación 2: Reposicionamiento en la silla. Cómo subir al paciente cuando se escurre sin tirar de sus axilas, evitando lesiones de hombro. Se posarán los brazos del cuidador por debajo del familiar, sujetando sus propios antebrazos.
- Estación 3: El uso de ayudas técnicas. Demostración de cómo usar una sábana entremetida para movilizar al paciente encamado.

Integración y cierre (10 minutos)

Se realizará una reflexión final sobre la importancia de cuidar el propio cuerpo como condición indispensable para poder brindar un cuidado de calidad al paciente.

4. 6 DÍA 6. MÁS ALLÁ DE LAS PALABRAS

El propósito de esta sesión es afianzar los conceptos clave y asegurar que las herramientas sean efectivas en el día a día. Mediante el análisis de casos reales, se busca reconocer momentos para actuar precozmente ante crisis conductuales y aplicar respuesta de seguridad.

Momento inicial (15 minutos)

Se realizará un segundo seguimiento del uso de la Aplicación Medita y se resolverán las dudas pendientes sobre las técnicas de movilización física aprendidas en la sesión anterior.

Planteamiento temático (20 minutos)

Observaremos una escena de “El diario de Noah” para entrenar la mirada clínica de los cuidadores.

VÍDEO: "*El diario de noah| español parte 27*"

Disponible en: https://youtu.be/e214pnDG_48?is=BUwQxYOd2vc9EbW4

El grupo deberá de identificar las siguientes señales de alerta:

- Confusión/ desorientación: No reconoce al marido [00:50].
- Paranoia/ miedo: cree que es un engaño peligroso [01:05].
- Agitación psicomotora: gritos y necesidad de intervención sanitaria [01:10].

Momento elaborativo (40 minutos)

Plantearemos el reto: “*¿Cómo actuaríais vosotros en esta situación utilizando lo que hemos aprendido?*”. En grupos, los cuidadores debatirán y propondrán soluciones basadas en la calma y la seguridad física. La enfermera actuará como mediadora, aportando consejos finales para transformar esas ideas en hábitos diarios.

Integración y cierre (15 minutos)

Se resumirá los puntos clave de la sesión y se reforzará la confianza del cuidador en su rol.

4.7 DÍA 7. DE LA CARGA AL ALIVIO

Momento inicial (15 minutos)

Se procederá al saludo final y puesta en común de las sensaciones de todo el programa.

Planteamiento temático (35 minutos)

Como fase final del programa se procederá a la reevaluación cuantitativa de los participantes mediante la nueva administración de la Entrevista de Carga de Zarit y el Cuestionario de Apoyo funcional de Duke-UNC. El objetivo es cuantificar de manera

objetiva el impacto a la intervención, analizando la reducción de los niveles de sobrecarga y la mejora en la percepción del apoyo social.

Además, se facilitará una hoja de retroalimentación (Anexo 6), para recoger la experiencia y el grado de satisfacción de los cuidadores. Este análisis cualitativo es fundamental para el perfeccionamiento continuo del proyecto, ya que permitirá identificar áreas de mejora para resolver preguntas que puedan surgir y ajustar la metodología para futuras ediciones del taller, garantizando así su eficacia.

Momento elaborativo (20 minutos)

Como cierre final del programa se empleará la metodología de “La rueda ProCC”(21) en la cual cada participante compartirá brevemente una idea o sentimiento en respuesta a la pregunta: *“¿qué es lo que más te ha sorprendido de ti mismo al poner en práctica las herramientas de cuidado enseñadas?”*

Para asegurar el éxito de la dinámica se seguirá un orden que garantice el turno de palabra de todos los asistentes, a través del respeto mutuo y la escucha activa sin interrupciones, evitando juicios de valor sobre las experiencias ajenas. Aunque la participación es voluntaria, esta práctica refuerza los vínculos grupales y potencia la motivación de los cuidadores.

Además, el intercambio de experiencias favorece una reflexión profunda y permite explorar diferentes puntos de vista sobre las técnicas aprendidas consolidando un cierre efectivo para el taller.

Integración y cierre (20 minutos)

Una vez completado el recorrido formativo y tras compartir las reflexiones finales, se da paso al cierre del programa. Este momento no solo marca el final de las sesiones, sino que busca motivar a los participantes a aplicar lo aprendido en su día a día con una nueva sensación de seguridad y confianza. Como reconocimiento al compromiso y aprendizaje, se entregará un diploma acreditativo (Anexo7) que les otorga la distinción de “Cuidador Experto”. Este título refleja su capacitación para actuar como referentes en su entorno, permitiéndoles replicar las buenas prácticas aprendidas en otros Centros de Salud o contextos comunitarios.

En esta fase final, se invita a los participantes a sumarse al programa de “Paciente Activo” de Castilla y León (24). Esta propuesta busca que los cuidadores den un paso

más y se conviertan en figuras de apoyo para otras personas que están pasando por su misma situación. Al unirse a esta iniciativa de “formación entre iguales” pueden compartir lo aprendido usando un lenguaje sencillo y cercano, sin tecnicismos médicos basándose en la experiencia real. De este modo, el cuidador no solo mejora el manejo de su propia salud, sino que se convierte en un referente en su comunidad transformando sus vivencias en una herramienta de ayuda y consuelo para otros cuidadores. Con esta iniciativa el programa trasciende el ámbito del aula, consolidando una red sólida de ciudadanos formados en el cuidado.

5. REFLEXIÓN

La elaboración de este Trabajo de Fin de Grado me ha permitido visibilizar una realidad que, aunque es común en nuestras consultas de Atención Primaria, no se suele abordar como prioritaria en el sistema sanitario: la figura del cuidador informal. Investigar el impacto de la demencia en el núcleo familiar me ha ayudado a comprender que, el desgaste de quien asume el cuidado trasciende lo psicológico, manifestando un agotamiento que afecta a todas las esferas de su vida.

Debido a la alta carga de trabajo que conllevan estos cuidados, el cuidador a menudo se enfrenta a una situación de “desamparo social”. En muchas ocasiones, este rol se asume como una obligación privada y no como una responsabilidad colectiva. El sentimiento de abandono es un factor de riesgo para la sobrecarga, la depresión y el aislamiento social.

Como futuros profesionales de enfermería, debemos de entender que el cuidador es el recurso sanitario más valioso y, al mismo tiempo, el más frágil de nuestro sistema, y que no se puede ofrecer un cuidado de calidad al paciente si el pilar principal está roto. Dotar al cuidador de herramientas de gestión emocional y redes de apoyo, es una necesidad clínica. Solo un cuidador sano puede garantizar la continuidad de los cuidados en el domicilio, evitando la institucionalización precoz y asegurando que el paciente reciba una atención digna y segura.

Desde una perspectiva de salud pública, cuidar a quien cuida representa la estrategia más sostenible para el sistema sanitario. Una intervención enfermera proactiva y preventiva reduce drásticamente la carga asistencial a largo plazo. En definitiva, el tiempo que la enfermera invierte en educar, acompañar y fortalecer al cuidador, evita complicaciones clínicas futuras, como crisis familiares o urgencias por claudicación.

Al empoderar esta figura, no solo protegemos la integridad del núcleo familiar, sino que garantizamos la viabilidad de un modelo de cuidados eficiente.

6. CONCLUSIÓN

El diseño de este programa de apoyo a cuidadores informales de personas con demencia surge para proporcionar herramientas de alivio frente al síndrome de sobrecarga y el déficit de apoyo social percibido.

Dada la creciente prevalencia de la demencia en nuestra sociedad, el impacto de la salud de los cuidadores se ha consolidado como un problema de salud comunitaria. La enfermera de AP se convierte en un eje fundamental por su cercanía y continuidad en el cuidado del paciente-cuidador, convirtiéndola en el profesional idóneo para liderar intervenciones que mitiguen el agotamiento y mejoren la red de apoyo del cuidador.

Se plantea que el programa alcance los objetivos propuestos de manera satisfactoria a través de una estructura secuencial y participativa. Mediante el diseño de las sesiones 2 y 3, se pretende que los participantes identifiquen situaciones cotidianas que generan fragilidad emocional empleando para ello técnicas de reflexión como la “hoja rotada” y la toma de consciencia interna.

Asimismo, entre las sesiones 3 y 5, se busca dotar a los cuidadores de herramientas prácticas para reducir la sobrecarga integrando técnicas de respiración (como la 4-7-8), el uso de una aplicación de meditación “Medita” y estrategias de manejo del estrés mediante la prevención de dolencias físicas derivadas de la movilización del paciente.

Por otro lado, el objetivo de crear vínculos afectivos y fomentar la escucha activa se abordaría desde la primera sesión. La propuesta de utilizar la metodología “World Café” en la primera toma de contacto, permitiría establecer un “espacio seguro” de desahogo, transformando el grupo en una red de apoyo que se consolida durante todo el programa.

Esta intervención destaca por su sostenibilidad para el futuro. Al presentar una estructura metodológica clara, podría ser replicada en cualquier Centro de Salud. La propuesta incluye, tras la evaluación final la entrega de un certificado de “Cuidador Experto”, lo que es capacitaría a aquellos que completen la formación para actuar como referentes en su entorno y agentes de salud comunitaria garantizando así la continuidad del programa.

En conclusión, esta propuesta representa un aporte relevante a la enfermería comunitaria. Al “cuidar al cuidador” no solo se buscaría mejorar la calidad de vida de la persona que asume la carga principal, sino también garantizar una mejor atención para el paciente, optimizamos los recursos del sistema sanitario al reducir la carga de trabajo asistencial. Este modelo reafirma la necesidad de abordar la demencia desde una perspectiva social y preventiva, donde el apoyo emocional es un elemento clave.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Demencia [Internet]. Ginebra:OMS; 2023 [citado 1 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
2. Nemcikova M, Katreniakova Z, Nagyova I. Social support, positive caregiving experience, and caregiver burden in informal caregivers of older adults with dementia. *Front Public Health*. 2023;11:1104250.
3. Tung YE, Kuo LM, Chen MC, Hsu WC, Shyu YIL. An Outpatient-Based Training Program Improves Family Caregivers' Preparedness in Caring for Persons With Mild Cognitive Impairment: A Randomized Controlled Trial. *J Nurs Res*. 2023;31(1):E252.
4. Junta de Castilla y León: Servicios Sociales [Internet]. Valladolid: Junta de Castilla y León; [citado 1 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://serviciossociales.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100Detalle/1246991411473/Normativa/1181292648435/Redaccion>
5. Instituto Nacional de Estadística (INE). INEbase. [Internet]. Madrid: INE; 2026 [citado 22 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177095&menu=ultiDatos&idp=1254735572981
6. Fundación Pasqual Maragall [Internet]. Barcelona: Fundación Pasqual Maragall; 2025 [citado 23 de febrero de 2026]. Cuidando en Alzheimer. Disponible en: https://fpmaragall.org/wp-content/uploads/2025/09/Cuidando-en-Alzheimer_Fundacion-Pasqual-Maragall.pdf
7. Romero-Serrano R, Casado Mejía R, Rebollo Catalán MA, García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado J, Lancharro Taverro I. Influencia de las redes de apoyo sociofamiliares en el cuidado de las personas mayores dependientes: un estudio cualitativo. *Rev Esp Salud Pública*. 2023;97:e1-15.
8. Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*. 2020;396(10248):413–46.

9. Kang Y, Bang C. Workload-Related Issues among Nurses Caring for Patients with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Scoping Review. *Healthcare (Switzerland)*. 2024;12(18):1893.
10. Lee SJ, Seo HJ, Choo IH, Kim SM, Park JM, Yang EY, et al. Evaluating the Effectiveness of Community-Based Dementia Caregiver Intervention on Caregiving Burden, Depression, and Attitude Toward Dementia: A Quasi-experimental Study. *Clin Interv Aging*. 2022;17:937-46.
11. Dequanter S, Gagnon MP, Ndiaye MA, Gorus E, Fobelets M, Giguère A, et al. The Effectiveness of e-Health Solutions for Aging With Cognitive Impairment: A Systematic Review. *Gerontologist*. 2021;61(7):E373–94.
12. González-Fraile E, Ballesteros J, Rueda JR, Santos-Zorroza B, Solà I, McCleery J. Remotely delivered information, training and support for informal caregivers of people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;1(1):CD006440.
13. Bastholm-Rahmner P, Schmidt-Mende K, Modig K, Bergqvist M. Living well with dementia: a qualitative interview study on family caregivers' call for more person- and family-centered dementia support. *BMC Geriatr*. 2025;25(1):429.
14. Protoolis HA, Burton J, Riley L, Jancey J. More than memory: A qualitative analysis of carer-reported psychosocial benefits of Memory Cafés. *Health Promot J Austr*. 2022;33(Suppl 1):358-66.
15. Åkerman S, Nyqvist F, Coll-Planas L, Wentjärvi A. The Expert Caregiver Intervention Targeting Former Caregivers in Finland: A Co-Design and Feasibility Study Using Mixed Methods. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(19):10133.
16. Lee JA, Kim J, Rousseau J, Sabino-Laughlin E, Ju E, Kim EA, et al. Community health workers supporting diverse family caregivers of persons with dementia: Preliminary qualitative results from a randomized home-based study. *Dementia (London)*. 2024;24(2):249–65.
17. Ministerio de Sanidad. Manual para cuidadores de personas con demencia [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023 [citado 1 de febrero de 2026].

Disponible en:

<https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/enfermedades/Neurodegenerativas/manualCuidadoresDemencia/home.htm>

18. Cheng ST, Ng PHF. The PDC30 Chatbot-Development of a Psychoeducational Resource on Dementia Caregiving Among Family Caregivers: Mixed Methods Acceptability Study. *JMIR Aging*. 2025;8:e63715.
19. Kwok JYY, Cheung DSK, Zarit S, Cheung KSL, Lau BHP, Lou VW, et al. Multicomponent Intervention for Distressed Informal Caregivers of People With Dementia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2025;8(3):e250069.
20. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). ¿Cómo iniciar un proceso de intervención y participación comunitaria desde un centro de salud? De la reflexión a las primeras intervenciones. 2ª ed. [Internet]. Madrid: semFYC;18 [citado 23 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/recomendacionesPACAP1.pdf>
21. Junta de Castilla y León. Guía de dinamización de los consejos de salud de zona [Internet]. Valladolid: Consejería de Sanidad; 2024 [citado 6 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/saludcomunitaria/es/documentos-recursos/materiales-audiovisuales-consulta.ficheros/2795326-GUIA%20DINAMIZACION%20DE%20CONSEJOS%20DE%20SALUD.En e24.pdf>
22. Rosende-Roca M, Cañabate P, Moreno M, Preckler S, Seguer S, Esteban E, et al. Sex, Neuropsychiatric Profiles, and Caregiver Burden in Alzheimer's Disease Dementia: A Latent Class Analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2022;89(3):993–1002.
23. Bellón JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten*. 1996;18(4):153–63.

24. Escuela de Pacientes – Paciente Activo [Internet]. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2026 [citado 27 de abril de 2026]. Disponible en:
<https://www.saludcastillayleon.es/escueladepacientes/es/paciente-activo>

8. ANEXOS

Anexo 1 → Programación del taller. Elaboración propia.

DÍA 1: PRIMEROS PASOS			
METODOLOGÍA PRINCIPAL:			
World Café: Espacio de escucha activa y diálogo espontáneo.			
OBJETIVOS:			
Romper la rigidez asistencial y poner en común temas de interés o preocupaciones.			
PROFESIONAL:			
Enfermera			
DESARROLLO	CONTENIDO	TIEMPO	RECURSOS
Momento inicial	Presentación del equipo, importancia de la confidencialidad y explicación de objetivos generales.	15 minutos	Sillas
Planteamiento temático	World Café: Mesas de diálogo (4 personas) para intercambiar inquietudes sobre el cuidado.	45 minutos	Hoja de sugerencias (Anexo 4)
Momento elaborativo	Puesta en común de conclusiones de cada mesa.	20 minutos	-----
Integración y cierre	Rueda de sensaciones tras el primer contacto y entrega del cronograma detallado.	10 minutos	Programación de las sesiones (Anexo 1)

DÍA 2: SENTIR SIN MIEDO			
METODOLOGÍA PRINCIPAL:			
Hoja rotada: Aportaciones anónimas divididas por temas para fomentar la libre expresión y la generación de ideas.			
OBJETIVOS:			
Expresar sentimientos difíciles o “verdades incómodas” sin juicios, fomentando la empatía.			
PROFESIONAL:			
Enfermera			
DESARROLLO	CONTENIDO	TIEMPO	RECURSOS
Momento inicial	Comentario de la experiencia del taller anterior y refuerzo del vínculo principal.	15 minutos	Sillas
Planteamiento temático	Hoja rotada: dinámica grupal donde se escriben y rotan hojas con temas propuestos.	30 minutos	Hojas con temática y material de papelería (bolígrafos)
Momento elaborativo	Exposición de frases impactantes y debate grupal.	30 minutos	-----
Integración y cierre	Resumen de los sentimientos identificados y cierre formal.	15 minutos	-----

DÍA 3: RESPIRA Y REINICIA			
METODOLOGÍA PRINCIPAL:			
Lluvia de ideas y votación con puntos de colores: generación de temas a tratar y clasificación de estos.			
OBJETIVOS:			
Identificar focos de estrés y utilizar herramientas apropiadas para gestionar los momentos críticos.			
PROFESIONAL:			
Enfermera			
DESARROLLO	CONTENIDO	TIEMPO	RECURSOS
Momento inicial	Análisis de sensaciones corporales previas al “estallido”.	15 minutos	Sillas
Planteamiento temático	Enseñanza y práctica de las técnicas Respiración 4-7-8 y Técnica STOP.	35 minutos	-----
Momento elaborativo	Lluvia de ideas sobre situaciones útiles para estas técnicas y votación con puntos para priorizar acciones.	30 minutos	Pizarra y pegatinas de colores (rojo y verde)
Integración y cierre	Resumen de la sesión y compromiso grupal para practicar técnica STOP.	10 minutos	-----

DÍA 4: MENTE EN CALMA			
METODOLOGÍA PRINCIPAL:			
Uso de la tecnología (aplicación Medita) como recurso de apoyo para el autocuidado relajación física.			
OBJETIVOS:			
Introducir herramientas tecnológicas de relajación para disminuir reactividad emocional del cuidador en su entorno diario.			
PROFESIONAL:			
Enfermera			
DESARROLLO	CONTENIDO	TIEMPO	RECURSOS
Momento inicial	Repaso de las técnicas de respiración aprendidas anteriormente y análisis de su utilidad semanal.	15 minutos	Sillas
Planteamiento temático	Introducción de la aplicación Medita y realización grupal de una sesión de relajación sencilla.	35 minutos	Internet, teléfono móvil, aplicación Medita, altavoces y lámpara con luz suave.
Momento elaborativo	Debate dirigido sobre las sensaciones de la relajación.	30 minutos	-----
Integración y cierre	Recomendación del modo “Aprende a meditar en 21 días”.	10 minutos	Aplicación Medita

DÍA 5: SOSTENER SIN SOBRECARGA			
METODOLOGÍA PRINCIPAL:			
Taller teórico-práctico con estaciones de aprendizaje por pares.			
OBJETIVOS:			
Prevención de lesiones musculares en el cuidador mediante el aprendizaje técnicas seguras de movilización para reducir dolor crónico y la fatiga física.			
PROFESIONAL:			
Enfermera y Fisioterapeuta			
DESARROLLO	CONTENIDO	TIEMPO	RECURSOS
Momento inicial	Seguimiento de la experiencia con aplicación Medita.	15 minutos	Sillas
Planteamiento temático	Explicación de las “3 reglas de oro”.	20 minutos	Infografía “Reglas de oro” (Anexo 5).
Momento elaborativo	Estaciones de aprendizaje: práctica por pares de transferencia de sentado a pie, reposicionamiento en silla y uso de sábana entremetida.	45 minutos	Sillas, cama y sábanas.
Integración y cierre	Reflexión final sobre la importancia de cuidar el propio cuerpo.	10 minutos	-----

DÍA 6: MÁS ALLÁ DE LAS PALABRAS			
METODOLOGÍA PRINCIPAL:			
Análisis de casos reales mediante material audiovisual.			
OBJETIVOS:			
Reconocer momentos para actuar precozmente ante crisis conductuales y aplicar respuesta de seguridad eficientes en el día a día.			
PROFESIONAL:			
Enfermera			
DESARROLLO	CONTENIDO	TIEMPO	RECURSOS
Momento inicial	Segundo seguimiento de la aplicación Medita y resolución de dudas de la sesión anterior.	15 minutos	Sillas
Planteamiento temático	Visionado de una escena de la película “El diario de Noah” para entrenar la mirada clínica.	20 minutos	Ordenador, proyector y altavoz o pantalla digital con internet.
Momento elaborativo	Debate grupal sobre cómo actuar en la situación visionada basándose en las técnicas aprendidas.	40 minutos	-----
Integración y cierre	Resumen de los puntos clave.	15 minutos	-----

DÍA 7: DE LA CARGA AL ALIVIO			
METODOLOGÍA PRINCIPAL: Reevaluación cuantitativa y cualitativa mediante cuestionarios y dinámica de la “Rueda ProCC”.			
OBJETIVOS: Cuantificar objetivamente el impacto de la intervención en las sobrecarga y el apoyo percibido, consolidar el aprendizaje y motivar al cuidador hacia un rol activo en la comunidad.			
PROFESIONAL: Enfermera			
DESARROLLO	CONTENIDO	TIEMPO	RECURSOS
Momento inicial	Saludo final y puesta en común de las sensaciones generales.	15 minutos	Sillas
Planteamiento temático	Evaluación cuantitativa: Entrevista de Carga de Zarit y cuestionario Duke-UNC y evaluación cualitativa: hoja de retroalimentación.	35 minutos	Cuestionarios, hoja de retroalimentación (Anexo 6) y bolígrafo.
Momento elaborativo	Rueda ProCC: dinámica grupal	20 minutos	-----
Integración y cierre	Invitación a sumarse al programa “Paciente Activo”.	20 minutos	Diplomas acreditativos (Anexo 7)

Anexo 2→ Consentimiento informado. Elaboración propia.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DEL PROGRAMA

PROGRAMA DE APOYO A CUIDADORES INFORMALES DE PERSONAS DEMECIA: UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA

OBJETIVO DEL PROGRAMA

Usted ha sido invitado a participar en un programa de intervención comunitaria liderado por enfermeras de Atención Primaria. El objetivo principal es proporcionar herramientas prácticas para reducir la sensación de sobrecarga derivada del cuidado de una persona con demencia, así como fortalecer su red de apoyo social.

PROCEDIMIENTOS

Si acepta participar asistirá a un taller estructurado en 7 sesiones presenciales de periodicidad semanal con una duración de 60 minutos cada una en horario de tarde.

EVALUACIÓN

Para medir la eficacia del programa se le solicitará completar dos escalas (Entrevista de carga de Zarit y Cuestionario de Duke-UNC) tanto al inicio como al final del programa. También se administrará un cuestionario de satisfacción al finalizar el taller.

VOLUNTARIEDAD Y CONFIDENCIALIDAD

Su participación es estrictamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento sin necesidad de explicaciones y sin que ello afecte a atención sanitaria presente o futura.

Cumplimiento de la normativa vigente, el tratamiento de su información se realizará bajo estrictos protocolos de confidencialidad. Los datos obtenidos serán anonimizado y utilizados exclusivamente con fines de análisis y mejora de calidad del programa de salud. Este compromiso se ampara en el siguiente marco legal:

Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD) del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.

Ley Orgánica 3/2018 (LOPDGDD), de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, mediante la cual el ordenamiento español adapta a la legislación nacional al reglamento europeo y refuerza la protección de los derechos a la ciudadanía en el entorno digital.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, _____,

Con DNI/NIE _____,

DECLARO: Que he leído la hoja de información anterior, he podido hacer preguntas sobre el programa y mis dudas han sido aclaradas por el personal de enfermería responsable.

Comprendo que mi intervención implica la toma de datos mediante escalas de valoración (Zarit y Duke - UNC) antes y después de la intervención y de una encuesta de satisfacción al final de esta.

Doy mi consentimiento para:

☐ El tratamiento anónimo de mis datos con fines de evaluación científica y mejora asistencia.

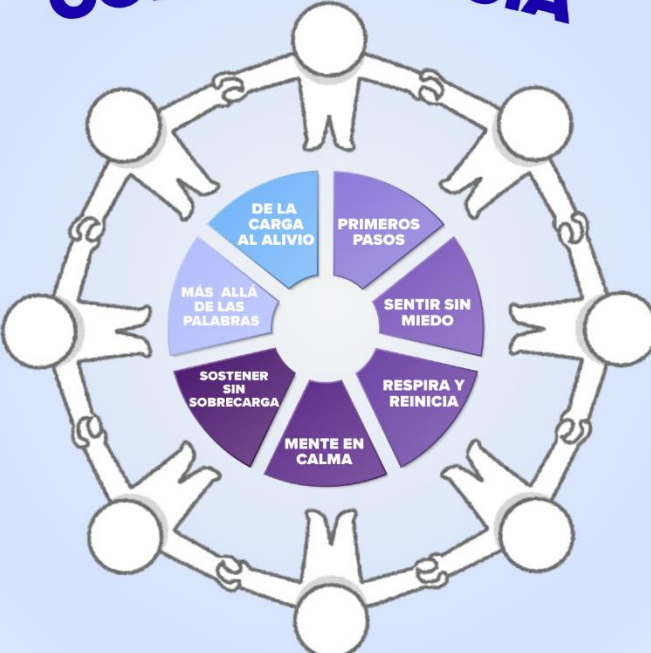
☐ Ser contactado por los responsables del programa para el seguimiento de este.

En Salamanca, a _____ de _____ de 202__.

Fdo:

Anexo 3→ Cartel divulgativo. Elaboración propia.

PROGRAMA DE
APOYO
CUIDADORES INFORMALES
DE PERSONAS
CON DEMENCIA



DE LA CARGA AL ALIVIO
PRIMEROS PASOS
SENTIR SIN MIEDO
RESPIRA Y REINICIA
MENTE EN CALMA
SOSTENER SIN SOBRECARGA
MÁS ALLÁ DE LAS PALABRAS

ESPACIO PÚBLICO
14 SEPTIEMBRE 2026 A LAS 19H

CUIDADOR: TÚ TAMBIÉN IMPORTAS
VEN A APRENDER HERRAMIENTAS REALES PARA MANEJAR
EL DÍA A DÍA SIN AGOTARTE.
¡INSCRÍBETE EN TU CENTRO DE SALUD!

 Junta de Castilla y León  Sacyl  UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

ACOGIDA



QUÉ TEMAS TE GUSTARÍA QUE TRATÁRAMOS

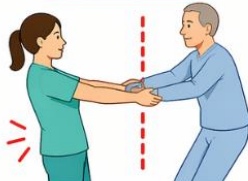
Temas fisiológicos					
Qué es la demencia	☐	☐	☐	☐	☐
Problemas para comer	☐	☐	☐	☐	☐
Sueño	☐	☐	☐	☐	☐
Temas conductuales					
Agitación y agresividad	☐	☐	☐	☐	☐
Delirio y alucinaciones	☐	☐	☐	☐	☐
Desorientación	☐	☐	☐	☐	☐
Cuidados físicos					
Higiene e incontinencia	☐	☐	☐	☐	☐
Movilización y heridas	☐	☐	☐	☐	☐
Para mí					
Mi propio descaso	☐	☐	☐	☐	☐
Gestión de culpa	☐	☐	☐	☐	☐
Trámites y ayudas	☐	☐	☐	☐	☐

ALGÚN TEMA MÁS QUE TE INTERESE



LAS TRES REGLAS DE ORO PARA MOVER AL PACIENTE SIN LESIONARSE



1 BASE DE SUSTENTACIÓN: pies separados para mantener el equilibrio. 	✓ CORRECTO  Mayor equilibrio y estabilidad.	✗ INCORRECTO  Menor equilibrio, más riesgo de perder el control.
2 CARGA CERCA DEL CUERPO: cuanto más lejos sujetes al familiar, más sufre tu espalda. 	✓ CORRECTO  Menos tensión en la espalda.	✗ INCORRECTO  Más tensión en la espalda y mayor riesgo de lesión.
3 USO DE PIERNAS, NO DE ESPALDA: doblar siempre las rodillas al hacer fuerza. 	✓ CORRECTO  La fuerza la hacen las piernas, no la espalda.	✗ INCORRECTO  La fuerza la hace la espalda, más riesgo de lesión.

**CUIDARTE TE PERMITE CUIDAR MEJOR**

Anexo 6 → Hoja de retroalimentación. Elaboración propia.



VALORACIÓN FINAL

Su participación ha sido clave en este proyecto. ¡Ayúdanos a mejorar y continuar con esta idea!

Me he sentido cómodo/a y me ha gustado el formato del programa.

☐ De acuerdo ☐ En desacuerdo ¿por qué? _____

Las dinámicas grupales me han permitido expresar sentimientos difíciles.

☐ De acuerdo ☐ En desacuerdo ¿por qué? _____

Siento que he formado vínculos y no me siento tan aisladx.

☐ De acuerdo ☐ En desacuerdo ¿por qué? _____

Me siento menos culpable de mis pensamientos y los entiendo como algo normal.

☐ De acuerdo ☐ En desacuerdo ¿por qué? _____

Me han resultado útiles las técnicas de afrontamiento del estrés como la técnica STOP.

☐ De acuerdo ☐ En desacuerdo ¿por qué? _____

Me ha resultado útil la aplicación Medita.

☐ De acuerdo ☐ En desacuerdo ¿por qué? _____

La enfermera como facilitadora ha favorecido un espacio de confianza y aprendizaje mutuo.

☐ De acuerdo ☐ En desacuerdo ¿por qué? _____

Siento que las técnicas de movilización aprendidas me ayudan a evitar dolores físicos al cuidar.

☐ De acuerdo ☐ En desacuerdo ¿por qué? _____

Me parece buena idea que a través de los Cuidadores Expertos continúe el programa.

☐ De acuerdo ☐ En desacuerdo ¿por qué? _____

¿Le gustaría tratar algún tema con más profundidad? ¿Cambiaría algo del programa?

Anexo 7→Diploma de “Cuidador Experto”. Elaboración propia.



Declaración IA TFG

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial

D./D^a. MARÍA VELASCO MOYANO, con DNI/NIE 

He leído y comprendido la normativa vigente sobre el empleo de inteligencia artificial (IA) en los Trabajos de Fin de Grado (TFG) de la Facultad de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de Salamanca.

Declaro que:

☐ No he utilizado ninguna herramienta de IA en la elaboración de este TFG.
☒ He utilizado herramientas de IA en la elaboración de este TFG, y las detallo a continuación:

Herramienta utilizada: CHATGPT

Finalidad/es del uso: CREACIÓN DE IMAGEN Y MEJORA DE LA FLUIDEZ DEL TEXTO.

Contenido/s generado/s y apartado/s donde se ubica/n: REFLEXIÓN, CONCLUSIÓN Y ANEXO 5.

(Añadir tantos campos como herramientas se hayan empleado)

He revisado, editado y validado todo el contenido generado con dichas herramientas. Asumo la plena responsabilidad sobre su exactitud, originalidad y adecuación a los requisitos académicos.

Fecha: 4 DE MAYO DE 2026

Firma 