



Universidad  
Católica  
de Valencia  
San Vicente Mártir

Facultad de Psicología

Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

**Programa de intervención en estrategias de  
enfrentamiento para cuidadores y familiares de  
personas con afasia.**

**Presentado por:**

**Alberto Pascual Soriano**

**Tutor/a:**

**Dra. María del Rosario Villalba Agustín**

**Valencia, a 1 de junio de 2020**

# **DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer a la Doctora María del Rosario Villalba Agustín por todo el interés y apoyo mostrado durante la elaboración de este trabajo.

A su vez, este trabajo queda dedicado a todos los logopedas y usuarios de la Unidad de Afasia de la Universidad Católica de Valencia, dirigida por la logopeda Anna García Valdecasas. Gracias por todo lo que me habéis enseñado.

# **Programa de intervención en estrategias de afrontamiento para cuidadores y familiares de personas con afasia.**

Autor: Alberto Pascual Soriano

Doctora: María del Rosario Villalba Agustín

Institución: Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir.

Dirección postal: Arrabal Terciario Ademuz, 2, 46100 Burjassot, Valencia.

## Índice

Resumen .....	1
1. Introducción.....	3
Ictus.....	3
Epidemiología.....	3
Afasia .....	4
La figura del cuidador informal .....	5
El cuidador informal de personas con afasia desde el Modelo Multidimensional de Agentes Estresantes .....	6
Tratamientos para cuidadores informales de personas que han sufrido un ictus.....	12
Terapia de resolución de problemas .....	12
Justificación del programa de intervención .....	13
2. Descripción del programa de intervención.....	14
Ámbito de aplicación .....	14
Objetivos del programa.....	14
Población diana sobre la que se va a aplicar el programa.....	14
Fases en la elaboración del programa .....	15
Descripción del programa.....	17
Calendario de actividades .....	30
Delimitación de recursos .....	33
Análisis de su viabilidad .....	34
Evaluación .....	35
3. Conclusiones.....	36
4. Referencias bibliográficas .....	39

## Índice de anexos

Anexo 1. Tipos de afasia .....	46
Anexo 2. Modelo Multidimensional de Agentes Estresantes (Pearlin, 1990) .....	46
Anexo 3. Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit (ECCZ). .....	47
Anexo 4. Escala de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF). .....	50
Anexo 5. Cope-28 versión española del Brief COPE. ....	56
Anexo 6. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) .....	59
Anexo 7. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).....	61
Anexo 8. Cuestionario de datos sociodemográficos. ....	65
Anexo 9. PowerPoint Sesión 1 .....	67
Anexo 10. PowerPoint Sesión 3 .....	68
Anexo 11. PowerPoint Sesión 4.....	69
Anexo 12. PowerPoint Sesión 5.....	71
Anexo 13. PowerPoint Sesión 6.....	73
Anexo 14. PowerPoint Sesión 7.....	74
Anexo 15. PowerPoint Sesión 8.....	74
Anexo 16. PowerPoint Sesión 9.....	75
Anexo 17. Actividad 1. Entrevista “Aceptación de la realidad del ictus y la afasia”. .....	76
Anexo 18. Actividad 5 Desarrollo de un problema.....	80
Anexo 19. Actividad 6 Tomar decisiones .....	81
Anexo 20. Actividad 7 Planificar soluciones. ....	82
Anexo 21. Actividad 8 Evaluando los resultados. ....	83
Anexo 22. Actividad 9 Lluvia de ideas. ....	84
Anexo 23. Actividad 10 Calendario de actividades. ....	85
Anexo 24. Actividad 11 Entrevista “Valoración cualitativa del programa”. .....	86
Anexo 25. Calendario de sesiones para los pacientes. ....	89
Anexo 26. Habilidades comunicativas trabajadas en la sesión 5. ....	90

## Resumen

La enfermedad del ictus representa la primera causa de discapacidad permanente en adultos mayores de 55 años. El 40% de las personas que ha sufrido un ictus acaba desarrollando algún tipo de afasia, un trastorno adquirido de la comunicación que afecta a los componentes del lenguaje en sus diferentes modalidades. La afasia supone un gran impacto emocional para la pareja y familiares de la persona afectada, produciendo una fractura comunicativa en la relación de pareja y familiar. Bajo estas condiciones, éstos deben desempeñar el rol de cuidador informal, una potencial fuente de estrés crónico, ansiedad y síntomas depresivos. En España no se han encontrado programas de intervención empíricamente validados para cuidadores informales específicos de personas con afasia. El objetivo de este programa es mejorar la calidad de vida de cuidadores y/o familiares reduciendo los síntomas propios de la ansiedad y la depresión, a la par que implementar estrategias de afrontamiento activo, como la resolución de problemas. El programa está formado por 10 sesiones individuales, presenciales y telemáticas. Está dividido en 4 bloques temáticos: asesoramiento psicológico en el duelo, afasia y comunicación, resolución de problemas y actividades agradables. Una vez finalizado el programa se espera en los cuidadores y/o familiares: una mejor calidad de vida, un mayor uso de estrategias de afrontamiento activo, un descenso de la carga subjetiva percibida y una reducción de los niveles de ansiedad y síntomas depresivos. Bajo estas nuevas condiciones, cuidador y/o familiar podrán adaptarse con mayor facilidad, a una nueva realidad como es la afasia.

*Palabras clave:* cuidador informal, afasia, duelo ambiguo, estrategias de afrontamiento, resolución de problemas.

### Abstract

Strokes represent the first cause of permanent disability in older adults over 55 years of age. About 40% of all people who have suffered a stroke end up developing some type of aphasia, an acquired communication related impairment that affects the various components of language in its different modalities. Aphasia entails a huge emotional impact for couple and relatives of the stroke survivor, producing a communicative fracture in the couples and a decline on the quality in the relationships inside their families. Under these conditions, they have to perform the role of an informal caregiver, which can be a potential source of chronic stress, anxiety and depressive symptoms. Currently in Spain there are no empirically validated intervention programs that focus on the emotional wellbeing of the caregivers of aphasia patients; and thus the objective of this program is to improve their life quality reducing both their anxiety levels and their depressive symptomatology, and in addition to implement active coping strategies, such as problem solving therapy. The program consisted of 10 individual sessions, both face-to-face and telematic. It's divided in 4 different blocks according to their thematic: bereavement counseling, aphasia and communication, problem solving according to their necessities, and pleasant activities. Once the program ends, there are expectations to observe the following on the caregivers and/or relatives: improvements in their quality of life, greater use of active coping strategies, a decrease of the perceived subjective charge and a reduction of the anxiety and depressive symptoms. Under these new conditions, caregivers and/or relatives would have an easier time adapting to a new reality in their lives: the aphasia.

*Key words:* informal caregiver, aphasia, doubtful bereavement coping skills, problem-solving.

## **1. Introducción**

### **Ictus**

La Sociedad Española de Neurología (SEN) define el ictus como un “trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente la función de una determinada región del encéfalo” (Aguado, et al., 2009). Las principales formas de ictus son los isquémicos, que representan un 85% de los casos y los hemorrágicos con un 15% (D.G.D.A., 2019).

En los eventos vasculares isquémicos, el tejido cerebral sufre una interrupción del flujo sanguíneo. La oclusión del vaso sanguíneo puede ser producto de una trombosis (estrechamiento por acumulación de depósitos de grasa) o una embolia (oclusión producto de un coágulo sanguíneo, burbuja de aire o cúmulo de bacterias). En cambio, los accidentes hemorrágicos, se deben a una ruptura en la pared arterial que inunda el tejido cerebral, produciendo un aumento de la presión intracraneal. Éstos se deben a malformaciones vasculares, ruptura de aneurismas, hipertensión arterial... (González Lázaro y González Ortuño, 2012).

### **Epidemiología**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los accidentes cerebrovasculares (ACV) son la segunda causa de mortalidad y tercera de discapacidad permanente en el mundo, con una media de 200 casos por cada 100.000 habitantes (OMS, 2012). El ACV es la enfermedad más frecuente en personas mayores de 55 años, siendo la primera causa de discapacidad permanente y la segunda en demencias. Del total de casos, un 44% de ellos desarrolla algún tipo de discapacidad o dependencia funcional. (D.G.D.A., 2019; Matías-Guiu, Villoria, Oliva, Viñas y Martí, 2009). El 40% de la población que ha sufrido un ictus acaba desarrollando algún tipo de afasia (Helm-Estabrooks y Albert, 2005).

En España la incidencia anual es de 110.000-120.000 habitantes, con una media de 40.000 fallecimientos. Es la primera causa de mortalidad en mujeres y la segunda en hombres (INE, 2018). En la Comunidad Valenciana (CV) se dan una media 11.500 casos de anuales, donde el 55% son hombre y el 45% mujeres (D.G.D.A., 2019). Es la tercera comunidad autónoma con más casos por detrás de Cataluña (18.500 casos) y Andalucía (21.000 casos) (Brea, Laclaustra, Martorell y Pedragosa, 2013).

## **Afasia**

La afasia es un trastorno adquirido de la comunicación producido por un daño cerebral, se caracteriza por una afectación de los componentes (fonológico, morfosintáctico, léxico-semántico y pragmático) del lenguaje en sus diferentes modalidades (comprensión y expresión oral, lectura y escritura). Las dificultades no se explican por un déficit sensoriomotor, discapacidad intelectual u otros trastornos psicológicos (Papathanasiou y Coppens, 2016).

La semiología de la afasia es muy heterogénea, es por ello, que existen múltiples modelos de clasificación que categorizan la afasia en diferentes subtipos. El más utilizado es el modelo neoconexionista, desarrollado por Norman Geschwind, que clasifica las afasias según la presencia o ausencia de: fluidez en la expresión, comprensión, denominación y capacidad de repetición (González Lázaro y González Ortuño, 2012) (Anexos 1).

La afasia implica una discapacidad permanente para toda la vida. No existen tratamientos capaces de rehabilitar completamente los diferentes componentes del lenguaje afectados. Desde la logopedia, la intervención en afasia tiene como objetivo mejorar las habilidades lingüísticas y comunicativas del paciente, mejorando su calidad de vida y la de su entorno familiar (Hilari y Cruice, 2016). Los principales objetivos de intervención son: la expresión verbal afectada por problemas de agramatismo, programación y ejecución motora; la comprensión auditiva a nivel fonológico, léxico-semántico, morfosintáctico y discursivo; y la anomia como síntoma nuclear de la afasia, “la incapacidad en la selección de una palabra, o más en concreto, en la recuperación de los nombres de los conceptos” (Diéguez-Vide y Peña-Casanova, 2012, p.286). Para cada déficit existen diferentes estrategias de intervención: la Terapia de Entonación Melódica (MIT) para estimular el habla proposicional en la expresión verbal, el Programa de Producción Sintáctica para la Afasia (PPSA) para corregir el aspecto gramatical de los enunciados, el Método de Estimulación Schuell para mejorar la comprensión auditiva a nivel léxico-semántico... (Hallowell y Chapey, 2008; Worrall, Papathanasiou y Sherrat, 2016).

El funcionamiento de las personas con afasia está profundamente relacionado con la salud mental de los cuidadores y familiares. El tratamiento de la afasia no debe dejar de lado a éstos últimos. Es necesario trabajar con ellos sobre su bienestar físico y

psicológico a la par que dotarlos de herramientas para desempeñar el rol de cuidador informal, contribuyendo así en una mayor eficacia en la rehabilitación del lenguaje (Draper et al., 2007; Johansson, Carlsson y Sonnander, 2011; Smith, Egbert, Dellman, Nanna y Palmieri, 2012).

### **La figura del cuidador informal**

El diagnóstico de afasia supone un gran impacto tanto para el paciente como para su pareja, familiares y amigos. Implica la asunción de un nuevo rol prácticamente desconocido para ellos, el de cuidador informal (Kniepmann y Cupler, 2014). El cuidador informal es “aquella persona principal responsable del cuidado no profesional del paciente. Reside en su gran mayoría en el mismo domicilio del enfermo, debe estar siempre disponible para satisfacer sus demandas y no recibe retribución económica alguna por la función que desempeña” (Feldberg et al., 2011, citado en Ruiz-Robledillo y Moya-Albiol, 2012).

La prestación de cuidados a personas dependientes puede ser una fuente de estrés crónico, pues supone una carga física y mental de por vida, que afecta negativamente a la calidad de vida del cuidador. Ello se debe, a que la prestación de cuidados está dirigido a patologías con una temporalidad indefinida, prolongando de por vida la función del cuidador (Ruiz-Robledillo y Moya-Albiol, 2012).

Dentro del ámbito de la salud mental y la figura del cuidador informal, una de las variables más determinantes es el concepto de carga, entendida como indicador global de los efectos de la situación de estrés (López y Martínez, 2007). La carga puede ser objetiva y subjetiva:

- *Carga objetiva*. Se define como “conjunto de demandas y actividades a las que tienen que atender los cuidadores” (López, 2005). Se ha observado que una mayor dependencia del paciente, está relacionada con un mayor malestar físico y emocional en los cuidadores (Grawburg, Howe, Worrall y Scarinci, 2013).
- *Carga subjetiva*. Hace referencia al “conjunto de percepciones y sentimientos negativos ante la experiencia de cuidar” Constituye un factor de riesgo para el desarrollo de: problemas de salud mental como problemas de ansiedad, depresión, y una peor salud física percibida (López, 2005).

En los cuidadores principales de personas con afasia, la prevalencia media de los síntomas asociados al estrés crónico son superiores a la del resto de cuidadores. Ello se debe a las dificultades comunicativas implícitas en la afasia, donde en las más severas la comprensión o expresión verbal están muy afectadas, dándose una ruptura total de la comunicación en la relación de pareja/familiar y un mayor sentimiento de soledad y aislamiento social, dadas las dificultades del paciente afásico para comunicarse con su entorno (McGurk y Kneebone, 2013).

### **El cuidador informal de personas con afasia desde el Modelo Multidimensional de Agentes Estresantes**

Existen múltiples modelos explicativos que pretenden ilustrar el origen y consecuencias del estrés crónico en cuidadores y/o familiares durante el desempeño del rol de cuidador. Algunos de estos modelos son: el Modelo de Predisposición e Incitación (Rabins, 1997), el Modelo Diádico Cuidador-Mayor (Corbeil, Quayhagen y Quayhagen, 1999), Modelo Sociocultural (Olshevsky, Katz y Knight, 1999), Modelo Multidimensional de Agentes Estresante (Pearlin, Mullan, Semple y Skaff 1990), Modelo Multidireccional del Estrés (Schulz, Gallagher-Thompson, Haley y Czaja, 2000) todos ellos descritos en López y Martínez (2007).

Para ilustrar los efectos del estrés crónico en cuidadores y/o familiares nos apoyaremos en el Modelo Multidimensional de Agentes Estresantes desarrollado por Pearlin, et al. (1990). Este modelo explica cómo el estrés es producto de la interacción entre 5 factores: antecedentes del sujeto, estresores primarios y secundarios, consecuencias psicológicas y emocionales y variables moduladoras (Anexo 2).

#### *Antecedentes del sujeto.*

La presencia de antecedentes familiares con problemas de ansiedad y depresión, puede suponer un factor de riesgo para el cuidador y/o los familiares en el desempeño de su rol, pues son más vulnerables a las consecuencias psicológicas y emocionales de las situaciones de estrés asociadas a la función de cuidador.

#### *Estresores primarios*

Los estresores primarios son aquellos que derivan directamente de las necesidades del paciente dada la magnitud de su patología (Pearlin, et al., 1990), siendo la primera

necesidad el cuidado y funcionalidad de la persona con afasia. Ello conlleva un cambio de roles para la pareja y sus familiares, asumiendo un rol desconocido para ellos, el de cuidador informal. Siendo el momento más crítico la transición entre la fase de hospitalización y la vuelta al hogar (Cameron y Gignac, 2008; Cameron, Nagile, Silver y Gignac, 2013). Los familiares se sienten desorientados ante:

La gestión emocional del *duelo ambiguo* o *efecto de extrañamiento*. Una pérdida que se produce en cuidadores de personas con daño cerebral adquirido (DCA), donde la persona cuidada permanece físicamente presente pero psicológicamente diferente en cuanto a personalidad, comportamiento, formas de comunicarse... (Cabodevilla, 2007; Zinner, Balls, Stutts y Philput, 1997). La pérdida ambigua es uno de los principales estresores para los cuidadores y/o familiares. Este duelo puede llegar a cronificarse durante años (López de Arroyabe Castillo y Calvete Zumalde, 2013).

El *manejo público de las dificultades comunicativas y la participación social*. La afasia genera una relación de dependencia comunicativa del paciente, hacia el cuidador y/o familiares. Ésta tiene su origen en las dificultades comunicativas implícitas en la afasia, especialmente en aquellas más severas (Armstrong y Ferguson, 2016). Cuidador, familiares y paciente están unidos por un objetivo común, que la persona con afasia sea más independiente promoviendo de forma activa su participación social (Le Dorze y Signori, 2010). Ante situaciones de alta demanda comunicativa *la persona con afasia* está abierta a recibir ayuda, pero sin parecer públicamente dependiente, mientras que *el cuidador* trata de proteger a su pareja a la par que promover su independencia comunicativa. Como resultado final se produce una incongruencia entre el mensaje y las acciones del cuidador, empoderando verbalmente a la persona con afasia y sobre protegiéndola con acciones que la hacen más dependiente (completar o corregir sus errores de expresión verbal, interrumpirla cuando tarda en responder, simplificar excesivamente la información facilitando la comprensión, tomar decisiones por él sin tener en cuenta su punto de vista...). Todas estas discrepancias producen conflictos y un estrés permanente en la relación familiar y de pareja (Gillespie, Murphy y Place, 2010).

El *desconocimiento del ictus, la afasia, recursos públicos y comunitarios disponibles* para el paciente y sus familiares como son: consecuencias del ictus, tipos de tratamientos, ayudas económicas, centros sociosanitarios, especialistas disponibles (neurólogos, fisioterapeutas, psicólogos, logopedas, terapeutas ocupacionales,

nutricionistas...) (Armstrong y Ferguson, 2016; Cherney y Robey, 2008; Le Dorze y Signori, 2010; Worrall, et al., 2016).

### *Estresores secundarios*

Los estresores secundarios representan todas aquellas consecuencias derivadas de los estresores primarios. Estos se dividen en dos tipos, estresores de rol y estresores intrapsíquicos (Peralin, et al., 1990).

Los *estresores de rol* son las consecuencias derivadas de los estresores primarios sobre el ámbito doméstico, laboral y social del cuidador y/o familiar.

- *Ámbito doméstico.* Asumir un mayor número de responsabilidades, concretamente aquellas donde el lenguaje tiene una mayor influencia (gestión del hogar, gastos económicos, relaciones familiares, reparación de mobiliario, reuniones de vecinos...) (Hilari y Cruice, 2016). A mayor dependencia, mayor número de obligaciones que recaen sobre el cuidador, aumentando así la carga objetiva de los cuidados (Grawburg, et al., 2013).
- *Ámbito laboral.* Integración de obligaciones laborales y el rol de cuidador, por ejemplo: adaptaciones del horario laboral, cambios de empleo, contratación de cuidadores formales, pedir ayuda a familiares ante la falta de tiempo (Gan, Gargaro, Brandys, Gerber y Boschen, 2010; McGurk, y Kneebone., 2013).
- *Ámbito social.* Deterioro de las relaciones interpersonales de cuidador y/o familiar. Los lazos sociales entre cuidadores, familiares y amigos se deterioran progresivamente, instalándose en un clima de aislamiento social (Grawburg et al., 2013; Wallace et al., 2017). El cuidador abandona aquellas actividades placenteras que llevaba a cabo antes del ictus, ya sea por: falta de tiempo, sobrecarga de obligaciones, agotamiento físico y mental, forma de proteger comunicativamente a su pareja/familiar...

En los *estresores intrapsíquicos* encontramos la autoestima, autocompetencia percibida, sentimiento de autoeficacia, expectativas vitales, carga subjetiva percibida, orientación hacia el problema... (Pearlin, et al., 1990). La falta de estrategias de afrontamiento activas y de resolución de problemas, dificultan la adaptación del cuidador a las demandas de cuidado. En consecuencia, disminuye la autoeficacia y la autocompetencia percibida en el rol de cuidador, motivando una orientación negativa

hacia el problema (Bell y Zurilla, 2009). A su vez, aumenta la carga subjetiva percibida, pues el cuidador se ve abrumado por: la cantidad de demandas con las que debe cumplir, el reto que supone su función, la fatiga y la culpabilidad por no poder ayudar de forma eficaz a la persona con afasia... (Gan et al, 2010).

La interacción de todos estos estresores secundarios terminan propiciando el fenómeno de “Third-party disability” (Off, Griffin, Murray y Milman, 2019; Wallace et al., 2017), un fenómeno que se define como: el conjunto de cambios que experimentan los cuidadores y familiares en su funcionamiento diario a nivel personal, social, y laboral, a consecuencia de la discapacidad de su pareja o familiar (WHO, 2001).

### *Consecuencias psicológicas y emocionales*

La interacción entre estresores primarios y secundarios afecta negativamente a la calidad de vida de los cuidadores informales. Éstos actúan como potenciales factores de riesgo para el desarrollo de elevados niveles de ansiedad y síntomas propios de la depresión (Pearlin, et al., 1990). Una situación que no es ajena a cuidadores y/o familiares de personas con DCA y afasia (Camero, et al., 2013; Gillespie, Murphy y Place, 2010; McGurk y Kneebone, 2013; Off, et al., 2019)

La prevalencia de estos síntomas se da en un 68% de los cuidadores informales y/o familiares durante las primeras semanas posteriores al ictus. Éstos se mantienen en un 50% de ellos pasados 3 años desde el accidente vascular (Visser-Meiley, et al., 2009). Las mujeres cuidadoras son una población más vulnerable debido a: factores biológicos, psicosociales, estilos cognitivos de carácter más rumiativos, mayor sensibilidad al estrés y una mayor implicación y concienciación en las labores de cuidador (APA, 2013; Cardila et al., 2015; Domínguez, et al., 2012; Larrañaga et al., 2008; Ruiz-Robledillo y Moya-Albiol, 2012). Muchos de los cuidadores conviven con estos síntomas, sin necesariamente cumplir los criterios diagnósticos para un trastorno mental, como los descritos en el DSM5 (López, 2005; López de Arroyabe Castillo y Calvete Zumalde, 2013).

Gran parte de los cuidadores informales ocultan su estrés y malestar psicológico, tanto a la persona con afasia como a sus familiares y amigos. Ésto se debe a que otorgan una mayor prioridad al proceso de recuperación del lenguaje de la persona con afasia, dejando de lado sus necesidades psicológicas y emocionales (McGurk y Kneebone 2013; Off, et al., 2019). Por otro lado, tienen miedo de que la persona con afasia pueda sentirse

una carga, agravando así los problemas de pareja y/o familiares. Esta situación coloca a la persona con afasia en una posición de relativa independencia, donde pese a la afasia el día a día en la relación de pareja y familiar está dentro de la normalidad, como en cualquier otra pareja o familia (Gillespie, et al., 2010).

*Variables mediadoras: estrategias de afrontamiento y apoyo social*

Las variables mediadoras son la capacidad de afrontamiento y la búsqueda de apoyo social, las cuales actúan como amortiguadoras de los niveles de estrés. El impacto de las consecuencias que se derivan del rol de cuidador varía según la capacidad de afrontamiento de cuidadores y/o familiares en relación a los recursos cognitivos, emocionales y sociales de que disponen (León-Campos, Chonchol y Miranda-Castillo, 2018).

El concepto de *capacidad de afrontamiento* es definido como el esfuerzo cognitivo-conductual que realiza un individuo para hacer frente a una demanda, tanto externa como interna que excede los recursos del individuo, de forma que pueda manejar o modificar la fuente de estrés o la respuesta emocional a la misma (Lazarus y Folkman, 1984).

Los estilos de afrontamiento según Worden, Aparicio y Barberán (2013) pueden dividirse en 3 tipos:

- *Afrontamiento basado en la resolución de problemas.* Forma en que una persona resuelve los problemas de su vida. El uso de estrategias basadas en la resolución de problemas correlaciona positivamente con: una mejor calidad de vida, mayor adaptación ante situaciones estresantes, menor sintomatología depresiva, mayor apoyo social y participación social activa en los cuidadores informales (Cheng, Chair y Chau, 2014; Nezu, Nezu y Perri, 1989; Visser-Meily et al., 2020).
- *Afrontamiento emocional activo.* Uso de estrategias cognitivas y emocionales para el abordaje de problemas y el manejo del estrés, como son: la redefinición del problema, el desahogo emocional, el humor, la capacidad de aceptación de apoyo (social y emocional). Son las estrategias más eficaces para situaciones de duelo. Estas estrategias son beneficiosas para los cuidadores informales si están dirigidas a situaciones poco controlables, reduciendo la carga subjetiva percibida (Griffin, Murray y Milman, 2019; León-Campos, et al., 2018).

- *Afrontamiento emocional evitador*. Uso de estrategias basadas en la evitación de emociones. Entre estas estrategias se encuentra: la culpabilización de uno mismo, la distracción, la negación, el consumo abusivo de alcohol y sustancias. Estas estrategias solo son efectivas a corto plazo. A largo plazo correlacionan positivamente con una peor calidad de vida, mayor presencia de síntomas depresivos, orientación negativa hacia las demandas y características de la afasia y una menor participación social activa (Visser-Miely, et al., 2020).

Por otro lado, el *apoyo social* es entendido como “un patrón duradero de lazos continuos o intermitentes, que [desempeña] un rol significativo en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona a través del tiempo” (Bravo et al., 1992, citando en Linde, Velasco y Velasco, 2005). Existen dos tipos de apoyo social: el informal o emocional, compuesto por el conjunto de familiares, amigos, y asociaciones sin ánimo de lucro; el formal, formado por los profesionales de la salud que participan de la rehabilitación de la persona cuidada (Linde, et al., 2005). Se ha observado que el apoyo social percibido por los cuidadores de personas con afasia tanto formal como informal es muy pobre, especialmente una vez realizada la transferencia del paciente del hospital a su domicilio (Cameron y Gignac, 2008).

La falta percibida de apoyos informales queda reflejada en: el distanciamiento social con familiares y amigos. Sumiendo a la persona con afasia y a su cuidador en un clima de soledad y aislamiento, que dificulta la participación social activa de la persona con afasia, así como la búsqueda de momentos de respiro en compañía por parte del cuidador. A su vez, existe un desconocimiento generalizado, sobre la existencia de recursos sociosanitarios como centros de día o asociaciones de familiares de personas con afasia. Unos recursos muy útiles para: promover la participación social activa del paciente en entornos controlados y poner fin la falta de reconocimiento y validación del rol de cuidador. (Armstrong y Ferguson, 2016; Cameron y Gignac, 2008; Cameron et al., 2013; Le Dorze y signori, 2010; Gan et al., 2010).

La falta percibida de apoyos formales queda reflejada en: la desinformación sobre el ictus y la afasia, pronóstico de recuperación del lenguaje, recursos públicos disponibles, ayudas económicas, profesionales a los que acudir, tipos de intervención disponibles, cómo readaptar la comunicación dentro en la relación de pareja y familiar, cómo

desempeñar el rol de cuidador... (Cameron y Gignac, 2008; Le Dorze y Signori, 2010; Wallace et al., 2017).

El impacto del ictus y la afasia en la vida del cuidador y/o familiar, genera la necesidad de algún tipo de apoyo o asesoramiento psicológico para: ayudarles a aceptar esta nueva realidad desde una orientación más positiva (Wallace et al., 2017), gestionar los problemas de comunicación derivados de la afasia, mejorar su calidad de vida, dotarlos de herramientas para el desempeño de su rol (Off, et al., 2019).

### **Tratamientos para cuidadores informales de personas que han sufrido un ictus**

Cuidadores y familiares son un recurso imprescindible para la recuperación del lenguaje de la persona con afasia. Los meta-análisis y revisiones sistemáticas más recientes sobre intervención en cuidadores y/o familiar de personas que han sufrido un ictus, se concluyó, que los tratamientos con un mayor respaldo empírico son aquellos que combinan: psicoeducación sobre el ictus, la afasia y sus consecuencias; desarrollo de estrategias de afrontamiento del estrés y entrenamiento en habilidades para la resolución de problemas. Tras la intervención, se espera: una mejora de la calidad de vida, junto a una disminución significativa de los niveles de ansiedad y los síntomas depresivos. La eficacia de estos programas es independiente al periodo en el que se encuentran cuidadores y familiares, ya sea 2 meses después de haber abandonado el hospital o pasados 3 años del ictus (Cheng, et al., 2014; Corry, While, Neena y Smith, 2015; Lee, Soeken y Picot, 2007; Minshall, et al., 2020).

### **Terapia de resolución de problemas**

La terapia de resolución de problemas de acuerdo con Zurilla (1986) citado por Bados López y García Grau (2014) tiene como objetivo “ayudar a la persona a identificar y resolver los problemas actuales de su vida, que son antecedentes de respuestas adaptativas y al mismo tiempo, en caso de ser necesario, enseñar a la persona habilidades generales que le permitirán manejar más eficaz e independientemente futuros problemas”.

El proceso de resolución de problemas está formado por dos dimensiones independientes entre ellas: la orientación al problema y el estilo de solución del problema. La orientación al problema hace referencia a la valoración final que realiza un sujeto sobre una situación, catalogándola como positiva o negativa y solucionable o no solucionable. Por otro lado, el estilo de solución del problema responde al conjunto de estrategias

cognitivas y conductuales que el sujeto pone en marcha para afrontar una situación (Bados López y García Grau, 2014).

La terapia de resolución de problemas trata de promover en el cuidador y/o familia una orientación positiva hacia el problema, junto a un estilo racional (Mayden-Olivares y D'zurilla, 1986). Dicho estilo se caracteriza por el uso de las siguientes estrategias cognitivo-conductuales: definición del problema, establecimiento de metas, generación de soluciones alternativas, toma de decisiones, planificación de soluciones y verificación de resultados (Bados López y García Grau, 2014).

### **Justificación del programa de intervención**

Según lo expuesto anteriormente, se puede observar que los cuidadores y familiares de personas con afasia constituyen una población vulnerable a experimentar elevados niveles de estrés, ansiedad y síntomas propios de la depresión que repercuten negativamente en su calidad de vida (Camero, et al., 2013; Gillespie, et al., 2010; McGurk y Kneebone, 2013; Off, et al., 2019).

Los programas de intervención que cuentan con un mayor respaldo empírico son aquellos que combinan: psicoeducación, afrontamiento del estrés y entrenamiento en habilidades para la resolución de problemas (Cheng, et al., 2014; Corry, et al., 2015; Lee, et al., 2007; Minshall, et al., 2020).

En España existen programas destinados a mejorar la calidad de vida cuidadores y familiares a cargo de personas con algún grado de dependencia (demencia, enfermedades neurodegenerativas, diversidad funcional...) como los desarrollados por Corbalán, et al., (2013); López (2005); Navarro Diez (2010); Vázquez, Otero, López, Blanco y Torres (2010)... No se han podido encontrar programas de intervención validados en España para cuidadores y/o de personas con afasia, tan solo: guías prácticas para cuidadores, jornadas formativas y encuentros anuales de familias de familiares organizadas por asociaciones de DCA como la: VI Jornada de DCA de Nueva Opción o el IV Encuentro Andaluza de Familias con DCA organizado FANDACE...

Dada la gran heterogeneidad de la afasia y la escasez de programas en España el objetivo de este trabajo es elaborar un programa de intervención, destinado al

entrenamiento de habilidades para la solución de problemas en cuidadores informales o familiares de personas con afasia.

## **2. Descripción del programa de intervención**

### **Ámbito de aplicación**

El ámbito de aplicación en el que se enmarca el programa de intervención es el privado como un gabinete de psicología o el sociosanitario, como una asociación para personas con afasia. El programa de intervención, alterna sesiones de intervención presenciales y telemáticas, de forma que cuidadores y/o familiares, concilien con mayor facilidad sus obligaciones laborales y de cuidador con su participación en el programa.

### **Objetivos del programa**

Partiendo de las necesidades y barreras percibidas por los cuidadores principales y familiares de personas con afasia (Cameron, et al., 2013; Gan, et al., 2010; Le Dorze y Signori, 2010), los objetivos establecidos para el desarrollo del programa de intervención son los siguientes:

I. Objetivo general: Mejorar su calidad de vida, mediante el desarrollo de un programa de intervención centrado en sus necesidades personales.

II. Objetivos específicos:

- Reducir la sintomatología ansioso-depresiva de cuidadores principales y/o familiares.
- Dotar a los cuidadores principales y/o familiares de estrategias de afrontamiento para la resolución de problemas.

### **Población diana sobre la que se va a aplicar el programa**

La población diana sobre la que se va a aplicar el programa de intervención son los cuidadores informales y familiares de primer grado de la persona con afasia. Los criterios de inclusión para poder acceder al programa son los siguientes:

- Convivir en el mismo domicilio de forma permanente con la persona cuidada.

- Ser un familiar directo o cuidador principal; que haya pasado un mínimo de un mes desde el traslado de la persona con afasia del hospital a su hogar.
- Ser mayor de 16 años de edad.
- No presentar ningún tipo de discapacidad física o psíquica

### **Fases en la elaboración del programa**

El programa de intervención consta de 3 fases, la primera de evaluación inicial, la segunda en la que se aplicará el programa de intervención y la última de postratamiento.

#### *Fase 1. Evaluación inicial*

La evaluación inicial tiene como objetivo operativizar las siguientes variables: carga subjetiva percibida, calidad de vida percibida, estrategias de afrontamiento, nivel de ansiedad y depresión.

Para la evaluación inicial de los participantes del programa se utilizarán los siguientes instrumentos de evaluación: Escala de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF) (WHOQOL, 1998), Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch, Lushene y Cubero, 1999), Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Beck, et al., 1961), Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit (ECCZ) (Zarit y Zarit, 1983) y el Cope-28 versión española del Brief COPE (Carver, 1997). Las características de los instrumentos seleccionados se encuentran en el apartado de Evaluación.

#### *Fase 2. Aplicación del programa de intervención*

La aplicación del programa de intervención tiene como propósito cumplir con los objetivos generales y específicos desarrollados anteriormente en el apartado de “Objetivos del programa”. Esta fase abarca un total de 8 sesiones, agrupadas en 4 bloques temáticos. La metodología de trabajo planteada en el programa está formada por sesiones individuales de carácter presencial y telemático. Cada sesión se asienta sobre uno o varios objetivos a alcanzar, combinando psicoeducación y actividades prácticas. Para el desarrollo de cada una de las sesiones, se han diseñado una serie de recursos digitales y materiales para los cuidadores y/o familiares, facilitando así el proceso de aprendizaje.

### *Fase 3. Evaluación post-tratamiento*

Una vez finalizado el programa de intervención, se volverán a administrar los cuatro instrumentos de evaluación utilizados en la fase de evaluación inicial. De forma que se pueda determinar si se ha producido un cambio significativo en las variables operativizadas de: calidad de vida percibida, estrategias de afrontamiento, nivel de ansiedad y depresión. Los resultados esperados para cada una de las escalas son los siguientes:

- Escala de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF) (WHOQOL, 1998). Se espera que la calidad de vida del cuidador principal y familiares aumente significativamente, con especial hincapié en las dimensiones de “salud psicológica” y “relaciones sociales”, dos dimensiones que se ven seriamente comprometidas en esta población (McGurk y Kneebone, 2013).
- Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) (Spielberger, et al., 1999). Se espera una disminución significativa de los niveles ansiedad estado.
- Inventario de Beck (BDI-II) (Beck, et al., 1961). Se espera una disminución significativa de los síntomas de depresión situando al paciente en puntos de corte de ausencia de depresión (0-13) o depresión leve (14-19).
- Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit (ECCZ) (Zarit y Zarit, 1983). La carga subjetiva percibida se espera que disminuya significativamente independientemente del nivel de carga objetiva implícita en las labores de cuidador.
- Cope-28 versión española del Brief COPE (Carver, 1997). Al finalizar el programa se espera que los participantes mejoren en las escalas de: afrontamiento activo, planificación, uso de apoyo emocional, reinterpretación positiva y aceptación. Unas estrategias de afrontamiento que correlacionan positivamente con una mejor calidad de vida junto a una menor presencia de síntomas propios de la ansiedad y depresión.

Pasados 6 meses del entrenamiento, el terapeuta se pondrá en contacto con el cuidador y/o familiar para volver a pasar los 5 cuestionarios y así constatar si los resultados del programa se mantienen a largo plazo.

## Descripción del programa

El “Programa de intervención en estrategias de afrontamiento para cuidadores y familiares de personas con afasia” está formado por 10 sesiones de carácter individual. Las sesiones están diseñadas para ser aplicadas a un máximo de 2 participantes, capacidad ampliable a 3 si la pareja/familiar tiene más de un hijo. El programa combina dos formatos de intervención:

- Presencial, en la consulta del terapeuta.
- Telemático, a través de la plataforma de videollamada “Zoom”.

El formato varía según los objetivos y dinámicas de la sesión. De las 10 sesiones, 2 están destinadas a la evaluación inicial y final, los 8 restantes van dirigidas a la implementación del programa. Cada sesión tiene una duración preestablecida de 60 o 90 minutos, dependiendo de la duración prevista para las actividades. La estructura de la sesión es la siguiente:

- 5 minutos al inicio de cada sesión para revisar tareas o resolver dudas.
  - 50 o 80 minutos (dependiendo de la duración total de la sesión) para llevar a cabo los contenidos teórico-prácticos de la sesión.
  - 5 minutos finales para remarcar conceptos teóricos relevantes o resolver dudas.
- Las sesiones de intervención están divididas en 4 bloques temáticos.

Las sesiones de intervención se distribuyen en los siguientes bloques temáticos:

Tabla 2

*Estructura del programa distribuida en bloques temáticos*

Bloque temático	Nº Sesiones	Formato
Bloque I. Asesoramiento psicológico en el duelo	2	Presencial
Bloque II. Afasia y comunicación	2	Telemático/presencial
Bloque III. Resolución de problemas	3	Telemático
Bloque IV. Actividades agradables	1	Telemático

*Nota.* Fuente: Tabla de elaboración propia.

A continuación, se desarrolla el contenido de cada una de las sesiones.

*Sesión 1. Presentación del programa y evaluación inicial:*

*Objetivo de la sesión.* Presentar los objetivos del programa al cuidador y/o familiar y llevar a cabo el proceso de evaluación de las variables: carga subjetiva percibida, calidad de vida, estrategias de afrontamiento, nivel de ansiedad y síntomas depresivos.

*Desarrollo de la sesión.* Es importante recalcar que el destinatario del programa es el cuidador y/o familiar, siendo ésta una intervención complementaria al abordaje multidisciplinar de las necesidades de la persona con afasia.

En la primera parte de la sesión, el terapeuta explica al cuidador principal y/o familiar: los objetivos del programa, bloques temáticos, número y duración de sesiones, modalidad telemática...

La segunda parte, está dedicada a la recogida de información sociodemográficas y a la pasación de los instrumentos de evaluación. El cuidador y/o familiar deberá rellenar una ficha de datos personales, tanto suyos como de la persona con afasia (nombre, edad, teléfonos de contacto, tipo de afasia, tratamiento logopédico actual...) (Anexo 8). Posteriormente cuidador y/o familiar deben realizar los siguientes cuestionarios autoaplicados: Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit (ECCZ) (Zarit y Zarit, 1983), Escala de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF) (WHOQOL, 1998), Cope-28 versión española del Brief COPE (Carver, 1997), STAI: Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (Spielberger, et al., 1999) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Beck, et al., 1961) (Anexos 3 a 7). Los instrumentos cuentan con un número reducido de ítems, siendo posible cumplimentarlos en la primera sesión.

Al finalizar la sesión, el terapeuta entregará al cuidador y/o familiar: un cronograma con la distribución semanal de las sesiones con su formato correspondiente (presencial o telemático) y un pendrive con el material digital y físico a utilizar en las sesiones.

*Recursos necesarios.* El cuestionario de datos sociodemográficos (Anexo 8), los cuestionarios autoaplicados (Anexos 3 a 7), la presentación PowerPoint “Sesión 1” (Anexo 9) y un pendrive que contiene:

- 8 presentaciones PowerPoint para facilitar el seguimiento telemático y explicación de contenido teórico de las sesiones (Anexos 9 a 16).
- 8 documentos Word para imprimir, de forma que cuidador y/o familiar puedan realizar las actividades prácticas de cada sesión telemática (Anexos 17 a 24)
- El calendario de sesiones para los pacientes, donde se especifican los materiales necesarios para cada sesión (Anexo 25).

*Duración de la sesión.* 90 minutos, tiempo suficiente para cumplimentar los cuestionarios.

*Formato de la sesión.* Formato presencial, para realizar la pasación de los cuestionarios.

## **Bloque I. Asesoramiento psicológico en el duelo**

### *Sesión 2. Aceptación emocional de la nueva realidad:*

*Objetivo de la sesión.* Ayudar al cuidador y/o familiar a aceptar la realidad de la afasia y a gestionar las emociones asociadas al duelo ambiguo (ira, culpa, ansiedad, desamparo y tristeza).

*Desarrollo de la sesión.* El terapeuta debe ayudar a al cuidador y/o familiar a afrontar emocionalmente el momento del ictus, y el cambio que ha supuesto en sus vidas la afasia. Ha de mantener una conversación abordando: las circunstancias que rodearon el momento del ictus, los cambios en su funcionamiento diario, la relación con su pareja y entorno familiar, las expectativas de cuidador y/o familiar respecto al programa... Para ello se ha creado una entrevista semiestructurada Actividad.1 Entrevista: “Aceptación de la realidad del ictus” (Anexo 17), formada por preguntas que lleven a cuidador y/o familiar a evocar todas estas situaciones, haciéndolos plenamente conscientes de esta nueva realidad.

Durante la entrevista el terapeuta debe alentar y detectar todos aquellos sentimientos y emociones propios del duelo ambiguo y del extrañamiento por el que están pasando cuidador y/o familiar. Los sentimientos y emociones asociados a estas pérdidas son: la tristeza, ansiedad, desamparo, ira y culpa. Es importante que el terapeuta

comunique al cuidador y/o familiar que es normal experimentar todas estas emociones durante un proceso de duelo.

Para cada emoción se deben aplicar las siguientes estrategias de intervención:

- *Tristeza.* El terapeuta debe alentar la manifestación de la tristeza y el llanto, además de concienciar al cuidador y/o familiar del cambio de realidad producido en sus vidas. De esta forma evitaremos la represión emocional y la negación de la situación.
- *Ansiedad y desamparo.* Originadas en la falsa creencia de no poder valerse por ellos mismos en el desempeño del rol de cuidador. El terapeuta debe reestructurar cognitivamente estas creencias, mediante: la discusión cognitiva, diálogo socrático, búsqueda de interpretaciones alternativas... haciéndoles ver que tienen capacidad para valerse por ellos mismos, y que esta situación puede mejorar con el aprendizaje de estrategias de afrontamiento, como la resolución de problemas.
- *Ira.* Sentimiento que se debe abordar de forma indirecta. Se lleva a cabo mediante la Actividad.2 “¿Qué echas de menos?”. El terapeuta debe confeccionar con el cuidador y/o familiar un listado en base a la siguiente pregunta “¿Qué echas de menos en (nombre de la persona) una vez ocurrido el ictus?”. Mediante la elaboración del listado, se facilita la expresión y el desahogo emocional. Por último, se ha de hacer ver al paciente que muchas de las cosas mencionadas no están perdidas, pudiendo realizarse de forma readaptada. Este proceso de racionalización se verá apoyado en las experiencias de otros cuidadores y/o familiares de personas con afasia.
- *Culpa.* Sentimiento irracional que tiende a centrarse en las circunstancias que rodearon al ictus. Es frecuente que la culpa se asiente sobre pensamientos como “No hice lo suficiente” o “Si hubiera hecho... seguro que se habría evitado”. Una forma de desmontar estas ideas es mediante la comprobación de la realidad. El terapeuta puede hacer uso de la discusión cognitiva y el diálogo socrático y preguntas como “¿Qué es lo que hizo para evitarlo? (...) ¿Y qué más hizo? (...) ¿Y luego?, etc. para que cuidador y/o familiar lleguen a la siguiente conclusión “hicieron todo lo posible por evitar o reducir los daños del ictus”.

*Recursos necesarios.* El documento Word Act.1 Entrevista: “Aceptación de la realidad del ictus” (Anexo 17).

*Duración de la sesión.* 90 minutos, para que el tiempo no interfiera en la expresión y desahogo emocional de cuidador y/o familiar.

*Formato de la sesión.* Formato presencial, dado el alto componente emocional de la sesión. El apoyo emocional del terapeuta es un pilar clave para los objetivos planteados.

### *Sesión 3. Redefinir la pérdida y estrategias de afrontamiento emocional activo:*

*Objetivo de la sesión.* Ayudar a cuidador y/o familiar a redefinir la realidad del ictus y la afasia, e introducir de forma teórica el concepto de estrategias de afrontamiento emocional activo.

*Desarrollo de la sesión.* Para que cuidador y/o familiar otorguen un nuevo significado a la realidad del ictus y la afasia, nos apoyaremos en la estrategia “redefinir el problema”. Ésta se basa en que cuidador y/o familiar encuentren un hecho positivo en el ictus. Para ello nos apoyaremos en las estadísticas epidemiológicas del ictus a nivel nacional, donde  $\frac{1}{3}$  de las personas que sufren un ictus, no sobreviven, poniendo en valor que la persona cuidada esté viva. Posteriormente, el terapeuta debe ayudarles a sustituir el significado negativo del ictus por una perspectiva más positiva. Se hará mediante la Actividad.3 “Carta de esperanza”, una adaptación de la técnica de la silla vacía. Cuidador y/o familiar deben escribir una carta dirigida a la persona con afasia respondiendo a las siguientes preguntas: “¿Qué quieres decirle a tu pareja/familiar?” y “¿Qué vas a hacer para ayudarla en esta nueva etapa de la vida?”. Si la comprensión verbal de la persona con afasia está preservada, cuidador y/o familiar pueden decidir si leerle la carta en directo a su familiar.

Una vez redefinida la pérdida, el terapeuta hará psicoeducación sobre los estilos de afrontamiento: ¿Qué son las estrategias de afrontamiento?, diferencias entre estrategias de afrontamiento activo y pasivo y ventajas e inconvenientes de cada uno.

Posteriormente, cuidador y/o familiar deben hacer un ejercicio de introspección donde identifiquen si su patrón de afrontamiento es activo o pasivo y cuáles son las estrategias que han estado utilizando antes y después del ictus.

*Recursos necesarios.* La presentación PowerPoint “Sesión 3” (Anexo 10).

*Duración de la sesión.* 90 minutos, para que el tiempo no dificulte la tarea de redefinir el problema y la presentación de estrategias de afrontamiento como base teórica para el *Bloque III. Resolución de problemas.*

*Formato de la sesión.* Formato presencial, dado su alto contenido emocional.

## **Bloque II. Afasia y Comunicación**

### *Sesión 4. Conociendo el ictus y la afasia:*

*Objetivo de la sesión.* Poner en conocimiento del cuidador y/o familiar un paquete de información básico para cuidador y/o familiar de personas con afasia.

*Desarrollo de la sesión.* La sesión es de carácter informativo, atendiendo una de las principales necesidades, la desinformación. La exposición gira en torno a 3 bloques temáticos:

- El ictus, subtipos y datos epidemiológicos, para que cuidador y/o familiar tomen conciencia de que su situación no se trata de un hecho aislado, siendo el ictus una de las patologías con más prevalencia en España, afectando anualmente a miles de personas.
- La afasia, los diferentes subtipos, fases del proceso de recuperación, importancia de un tratamiento multidisciplinar y el papel del psicólogo, tanto con la persona con afasia como con cuidador y/o familiares.
- Recursos públicos y socio sanitarios disponibles para cuidadores y familiares en la CV (ayudas a la dependencia, asociaciones, centros de día para cuidadores y/o familiares...)

Es importante destacar el papel del cuidador y/o familiar en el proceso de recuperación del lenguaje, donde un buen desempeño del mismo, está relacionado con un mejor pronóstico de recuperación de la persona con afasia. Así, se busca aumentar la motivación y el compromiso de cuidador y/o familiar en las próximas sesiones correspondientes al *Bloque III. Resolución de problemas.*

*Recursos necesarios.* La presentación PowerPoint “Sesión 4” (Anexo 11).

*Duración de la sesión.* 60 minutos.

*Formato de la sesión.* La sesión se llevará a cabo de forma telemática.

*Sesión 5. Dificultades y habilidades comunicativas:*

*Objetivo de la sesión.* Potenciar en el cuidador y/o familiar el uso de habilidades comunicativas conversacionales para compensar las dificultades comunicativas de la afasia y mejorar la relación interpersonal y conversacional.

*Desarrollo de la sesión.* Esta se divide en 2 partes: la primera está destinada a contextualizar la fractura comunicativa producida en la relación de pareja/familiar, fruto de la afasia. La segunda parte busca trabajar el aprendizaje de habilidades comunicativas partiendo del tipo de afasia y las modalidades de comunicación (oral, escrito, gestual o el dibujo...) preservadas en la persona cuidada.

Es indispensable estar en contacto con el logopeda del familiar cuidado. De acuerdo a sus indicaciones, potenciaremos unas u otras habilidades para que cuidador y/o familiar las incorporen en su relación con la persona con afasia, facilitando la adaptación del cuidador y/o familiar al nivel de lenguaje preservado en la persona con afasia.

Las habilidades conversacionales se han repartido en 3 formas de comunicación: comunicación no verbal, comunicación verbal y habilidades de comunicación asertivo (Anexo 26). Este último servirá de ayuda para que cuidador y/o familiar sepan comunicarse de forma asertiva con la persona con afasia, en aquellas situaciones donde las demandas comunicativas del entorno exceden a las habilidades comunicativas de la persona con afasia.

Mediante la Actividad.4 “Role playing de habilidades comunicativas”, terapeuta y cuidador y/o familiar, entrenarán de forma conjunta el uso de diferentes estrategias comunicativas. Las estrategias se entrenan sobre situaciones cotidianas en el día a día, tanto de la persona con afasia como del cuidador y/o familiar Ej. (pedir en un bar, comentar cómo ha ido la sesión de logopedia, comprar en el supermercado...).

*Recursos necesarios.* La presentación PowerPoint “Sesión 5” (Anexo 12).

*Duración de la sesión.* 90 minutos, dado el peso que tiene el contenido práctico en la sesión.

*Formato de la sesión.* Formato presencial, para facilitar el modelado de las habilidades comunicativas durante el role playing.

### **Bloque III. Resolución de problemas**

*Sesión 6. Definición del problema, establecimiento de metas y generación de soluciones alternativas:*

El terapeuta presenta a cuidador y familiar en qué consiste el entrenamiento en resolución de problemas, el cual se divide en 3 sesiones:

- Sesión 6. Definición del problema, establecimiento de metas y generación de soluciones alternativas;
- Sesión 7. Toma de decisiones y planificación de soluciones;
- Sesión 8. Verificación de los resultados y prevención de recidivas.

*Objetivo de la sesión.* Enseñar a cuidador y/o familiar a formular correctamente un problema y posteriormente desarrollar posibles metas y soluciones para dicho problema.

*Desarrollo de la sesión.* El terapeuta explica cómo formular correctamente un problema, haciendo hincapié en que una buena formulación, da lugar a un abanico de soluciones más preciso y ajustado al problema. Una buena definición debe cumplir con los siguientes criterios: precisión y especificidad de la información, antecedentes, mantenedores y consecuencias para uno mismo y los demás...

El terapeuta apoyará su explicación en problemas mal planteados por otros cuidadores y/o familiares, reformulándolos a modo de ejemplo. Posteriormente, mediante la Actividad.5 “Desarrollo de un problema” (Anexo 18), el terapeuta les guiará a analizar y reformular diferentes situaciones problemáticas que experimenten en su día a día. El terapeuta puede recuperar algunos de los problemas planteados por el cuidador y/o familiar en la Act.2 “¿Qué echas de menos?” de la sesión 2.

A posteriori se aborda el establecimiento de metas para un problema. El terapeuta desarrolla el concepto de meta y las características que debe cumplir para que ésta, esté bien formulada: el uso de términos específicos y no genéricos, metas realistas, requisitos para dicha meta... El terapeuta planteará diferentes metas basándose en los problemas formulados en los ejemplos anteriores.

Después siguiendo con la Actividad 5 ayudará al cuidador y/o familiar a plantear posibles metas que ellos mismos definieron, atendiendo a sus intereses y necesidades personales y de la persona con afasia.

La última parte de la sesión es la generación de soluciones alternativas, es decir, cómo alcanzar las metas planteadas. Estas deben ser: descritas de forma específica atendiendo al mayor número de variables y detalles posibles, carentes de evaluación crítica, pues aún no se está tomando una decisión definitiva, pueden ser propuestas por familiares y amigos... El terapeuta desarrollará diferentes soluciones para sus ejemplos y les guiará a encontrar posibles soluciones para los problemas y metas planteadas.

*Recursos necesarios.* La presentación PowerPoint “Sesión 6” (Anexo 13) y el documento Word Act 5. “Desarrollo de un problema” (Anexo 18).

*Duración de la sesión.* 60 minutos.

*Formato de la sesión.* Telemático.

*Sesión 7. Toma de decisiones y planificación de soluciones:*

*Objetivo de la sesión.* Desarrollar en el cuidador y/o familiar la capacidad crítica para escoger y llevar a cabo la solución que más se ajuste al problema planteado.

*Desarrollo de la sesión.* La sesión comenzará con un breve repaso de los contenidos teóricos expuestos en la Sesión 4. Su objetivo es que cuidador y/o familiar escojan y pongan en práctica la solución que más se ajuste al problema en cuestión. Para ello se debe llevar a cabo un proceso de selección, sometiendo las posibles soluciones a 3 cuestiones clave:

- ¿La solución resuelve el problema?

- ¿Se puede realizar?
- ¿Qué efectos tiene sobre uno mismo y los demás tanto a corto como a largo plazo?

Para cada cuestión se llevará a cabo una valoración cuantitativa. Una vez valoradas las soluciones se han de plantear 3 nuevas preguntas:

- ¿Existe una solución satisfactoria?
- ¿Qué solución o combinación de soluciones debo elegir?
- ¿Se necesita más información para poder decidir?

El proceso de toma de decisiones se pondrá en práctica con la Actividad.6 “Tomar decisiones” (Anexo 19) aplicando el procedimiento de decisión en los problemas formulados en la Act.5 “Desarrollo de un problema”. Una vez escogida la solución, el siguiente paso a seguir, es la planificación de soluciones.

Este proceso pasa por la elaboración de un plan de acción, donde se establecen paso a paso, cómo se llevará a cabo la acción, anticipando posibles obstáculos ya sean personales (falta de motivación o habilidades, creencias erróneas...) o ambientales (falta de apoyo social o instrumental). Dicho plan será puesto en práctica por cuidador y/o familiar en la Actividad.7 “Cómo planificar una solución” (Anexo 20).

Tanto la toma de decisiones como la planificación de soluciones puede ser un foco de inseguridades (normas excesivamente altas, miedo a equivocarse, prorrogar en exceso la toma de decisiones...) que pueden dificultar el plan de actuación. El terapeuta deberá reestructurar cognitivamente todas estas creencias y atribuciones erróneas aplicando una serie de estrategias (pros y contras de la evitación, rebatir los pensamientos negativos mediante el diálogo socrático, promover pensamientos positivos orientados a la tarea...) para facilitar el proceso de elección y eviten su postergación. Una vez finalizada la sesión, cuidador y/o familiar dispondrán de una semana para ejecutar 3 soluciones referentes a los problemas trabajados en las 2 sesiones anteriores.

*Recursos necesarios.* La presentación PowerPoint “Sesión 7” (Anexo 14) y los documentos Word Act.6 “Tomar decisiones” y Act.7 “Cómo planificar una solución” (Anexos 19 y 20).

*Duración de la sesión.* 60 minutos.

*Formato de la sesión.* Telemático.

*Sesión 8. Verificación de los resultados y prevención de recaídas:*

*Objetivo de la sesión.* Enseñar a cuidador y/o familiar a valorar la ejecución y eficacia de sus soluciones en base a una serie de criterios.

*Desarrollo de la sesión.* El terapeuta preguntará al cuidador y/o familiar cómo ha ido la puesta en marcha de cada uno de los diferentes planes de actuación. Los resultados serán sometidos a un proceso de autoevaluación mediante una tabla, teniendo en cuenta: los resultados obtenidos, obstáculos durante la ejecución, consecuencias para uno mismo y el resto... Dicha tabla está disponible en la Actividad.8 “Evaluando los resultados” (Anexo 21).

Independientemente de los resultados, el terapeuta debe reforzar la labor e implicación del cuidador y/o familiar. Si éstos no están satisfechos con los resultados obtenidos, se deberá revisar el proceso de resolución de problemas, para localizar dónde se ha producido el error.

Finalmente, se hará un recordatorio de los diferentes pasos que conforman el proceso de resolución de problemas, para así evitar que se produzcan recaídas, resaltando aquellos aspectos en los que el terapeuta haya observado flaquezas o dudas por parte de cuidador y/o familiar.

*Recursos necesarios.* La presentación PowerPoint “Sesión 8” (Anexo 15) y el documento Word Act.8 “Evaluando los resultados” (Anexo 21).

*Duración de la sesión.* 60 minutos.

*Formato de la sesión.* Telemático.

### **Bloque III. Actividades agradables**

#### *Sesión 9. Búsqueda de actividades agradables:*

*Objetivo de la sesión.* Introducir en el día a día del cuidador y/o familiar la realización de actividades agradables, como forma de autocuidado facilitando el manejo y control del estrés.

*Desarrollo de la sesión.* Se realizará una breve exposición sobre los efectos nocivos que tiene el estrés sobre la salud física y mental de los cuidadores, y cómo influyen negativamente en las labores de cuidado (mayor nivel de carga subjetiva percibida, baja autoeficacia, problemas de planificación...) y en la relación con la persona con afasia (discusiones, peleas, sobrecarga emocional, distanciamiento, menor participación social en pareja/familia ...).

Se recomienda a modo de ejemplo el uso de experiencias personales de otros cuidadores y de ellos mismos. De esta forma, se pone en valor la realización de actividades agradables en el día a día, introduciendo el concepto de autocuidado, el atender sus necesidades personales mediante diferentes actividades (sociales, laborales, de ocio...) sin que necesariamente tenga que estar presente la pareja/familiar. Es importante recalcar que cada persona necesita su espacio, sin que ello implique abandonar a nuestra pareja/familiar.

La búsqueda de actividades se apoya en la Actividad.9 “Lluvia de actividades” (Anexo 22). El terapeuta les guiará en la búsqueda de actividades agradables siguiendo los siguientes criterios: actividades realistas, actividades anteriores al momento del ictus, hobbies que recuperar... Una vez confeccionado el listado, se procede con la Actividad.10 “Calendario de actividades” (Anexo 23). Cuidador y/o familiar guiados por el terapeuta deben distribuir las actividades en un calendario, compaginándolas con sus obligaciones (personales, laborales, de cuidado...). Se precisa de un mínimo de una actividad diaria.

Al final de la sesión, el terapeuta debe entregar al cuidador y/o familiar las hojas de preguntas y la plantilla de respuesta de los 5 cuestionarios de evaluación y un documento con una serie de instrucciones y recomendaciones para la realización de las pruebas. Este cumplimentará los cuestionarios y enviará las hojas de respuesta al terapeuta mediante correo electrónico o imagen de WhatsApp. De esta forma, el

psicólogo podrá evaluar una comparativa pre-tratamiento post-tratamiento para realizar la devolución de resultados en la sesión 10.

*Recursos necesarios.* La presentación PowerPoint “Sesión 9” (Anexo 16) y los documentos Word Act.9 “Lluvia de actividades”, Act.10 “Calendario de actividades” y (Anexos 22 y 23).

*Duración de la sesión.* 60 minutos.

*Formato de la sesión.* Telemático.

#### *Sesión 10. Cierre del programa y devolución de resultados.*

*Objetivo de la sesión.* Entrevistar a cuidador y/o familiar para realizar una valoración cualitativa del programa y posteriormente comunicar los resultados de la evaluación mediante una comparativa pre-tratamiento post-tratamiento.

*Desarrollo de la sesión.* La sesión comenzará con la Actividad 11. Entrevista “Valoración cualitativa del programa” (Anexo 24), para que así el terapeuta disponga de un feedback por parte del cuidador y/o familiar sobre su experiencia en el programa a lo largo de los 4 bloques temáticos.

De esta forma el terapeuta pueda realizar modificaciones en base a las fortalezas y flaquezas observadas. Una vez finalizada la entrevista, se le comunicará los resultados indicando si han aumentado o disminuido las puntuaciones obtenidas para cada uno de los cuestionarios. Posteriormente el terapeuta hará una valoración global del programa en términos de eficacia, efectividad y eficiencia.

Por último, transcurridos 6 meses desde la finalización del programa, el terapeuta entregará al cuidador y/o familiar un cuestionario de 5 hojas, para ser cumplimentadas y así poder certificar, si los cambios que se han producido en las variables indicadoras de cambio se mantienen en el tiempo.

*Recursos necesarios.* El documento Word Act.11 Entrevista “Valoración cualitativa del programa” (Anexo 24) y el documento Excel “Sesión 10” formado por cinco diagramas de barras, uno por cada variable operativizada donde queden reflejadas

las puntuaciones escalares obtenidas por el cuidador y/o familiar en la evaluación inicial y final.

*Duración de la sesión.* 60 minutos.

*Formato de la sesión.* Formato presencial para: el cierre del programa, la valoración general del programa, y la devolución de los resultados de la evaluación.

### **Calendario de actividades**

En el siguiente calendario se expone de forma resumida el conjunto de sesiones que componen el programa de intervención, así como las características de las mismas (bloques temáticos pertenecientes, objetivos, actividades...) Las fechas para la realización de las sesiones serán acordadas con cuidador y/o familiar al final de cada sesión, respetando una periodicidad mínima de 7 días entre las sesiones.

Tabla 3  
*Calendario de actividades*

Bloque temático	Sesión	Objetivo	Actividades	Recursos necesarios	Duración	Formato
Evaluación inicial	Sesión 1. Presentación del programa y evaluación inicial.	-Explicar el programa a los participantes. -Realizar la evaluación inicial.	-Exposición del programa. -Pasación de cuestionarios.	PowerPoint Sesión 1. Cuestionarios de evaluación. Pendrive con material digital.	90 min.	Presencial
Bloque I. Asesoramiento psicológico en el duelo	Sesión 2. Aceptación emocional de la nueva realidad.	-Aceptar la realidad de la afasia. -Experimentar los sentimiento y emociones que rodean al ictus.	-Act.1 “Entrevista: Aceptación de la realidad del ictus”. -Act.2 “¿Qué echas de menos...?”.	PowerPoint Sesión 2. Word Act.1 y Act.2	90 min.	Presencial
	Sesión 3. Redefinir la pérdida y estrategias de afrontamiento emocional activo.	-Redefinir la realidad del ictus y la afasia. -Psicoeducación sobre estrategias de afrontamiento emocional.	-Act.3 “Carta de esperanza”. -Psicoeducación sobre las estrategias de afrontamiento emocional activo.	PowerPoint Sesión 3.	90 min.	Presencial
Bloque II. Afasia y comunicación	Sesión 4. Conociendo el ictus y la afasia.	-Psicoeducación e información de interés para el rol de cuidador.	-Psicoeducación sobre el ictus y la afasia desde la psicología.	PowerPoint Sesión 4.	60 min.	Telemático
	Sesión 5. Dificultades y habilidades comunicativas.	-Potenciar el uso de habilidades comunicativas en la relación del cuidador y la persona con afasia.	-Psicoeducación sobre habilidades comunicativas. -Act.4 Role playing de habilidades comunicativas	PowerPoint Sesión 5.	90 min.	Presencial

Bloque III. Resolución de problemas	Sesión 6. Definición del problema, establecimiento de metas y generación de soluciones alternativas.	-Aprender a formular un problema, establecer metas y ofrecer posibles soluciones.	-Psicoeducación en resolución de problemas. -Act.5 “Desarrollo de un problema”.	PowerPoint Sesión 6. Word Act.5	60 min.	Telemático
	Sesión 7. Toma de decisiones y planificación de soluciones.	-Aprender a escoger y desarrollar la solución que más se ajusta a un problema.	-Psicoeducación en resolución de problemas. -Act.6 “Tomar decisiones”. -Act.7 “Cómo planificar una solución”.	PowerPoint Sesión 7. Word Act.6 Word Act.7	60 min.	Telemático
	Sesión 8. Verificación de resultados y prevención de recidivas.	-Aprender a valorar las consecuencias de la solución escogida.	-Psicoeducación en resolución de problemas. -Act.8 “Evaluando los resultados”.	PowerPoint Sesión 8. Word Act.8	60 min.	Telemático
Bloque IV. Actividades agradables	Sesión 9. Búsqueda de actividades agradables.	-Fomentar la realización de actividades agradables en el día a día en los cuidadores.	-Act.9 “Lluvia de actividades”. -Act.10 “Calendario de actividades”.	PowerPoint Sesión 9. Word Act.9 Word Act.10	60 min.	Telemático
Evaluación post-tratamiento.	Sesión 10. Cierre del programa y devolución de resultados.	-Entrevistar a cuidador y/o familiar para que valoren el programa. -Devolución de los resultados a los participantes del programa.	-Act.11 Entrevista “Valoración cualitativa del programa”. -Explicación comparativa pre-tratamiento post-tratamiento.	Word Act.11 Excel Sesión 10.	60 min.	Presencial

*Nota.* Fuente: de elaboración propia.

## Delimitación de recursos

Para la correcta implementación del programa son necesarios los siguientes recursos:

*Recursos personales.* Un psicólogo general sanitario conocedor de la población clínica con la que va a trabajar, los cuidadores y/o familiares de personas con afasia. El psicólogo debe tener una formación específica en las siguientes áreas de conocimiento:

- *Dependencia.* Conocimientos en: estrategias de afrontamiento del estrés, habilidades para la resolución de problemas, activación conductual, panorama actual del cuidador informal, recursos de ayuda a la dependencia y recursos públicos y privados sociosanitarios disponibles (asociaciones y centros de día).
- *Neuropsicología.* Conocimientos en: ictus, DCA, neuroanatomía del lenguaje, enfermedades neurodegenerativas y patología cerebral (afasia, disfagia, disartria, hemiparesia, agnosias, apraxia motora e ideomotora, demencias y procesos neurodegenerativos...).
- *Lenguaje y comunicación.* Conocimientos teóricos rehabilitación del lenguaje en afasia y uso de sistemas alternativos y aumentativos de comunicación (SAAC); y conocimientos teórico-prácticos en funciones del lenguaje y habilidades comunicativas.

*Recursos materiales.* El programa parte de 2 formatos de intervención, presencial y telemático. Para cada formato son necesarios los siguientes recursos materiales:

- *Formato presencial.* Un despacho con ordenador donde poder reunirse de forma presencial con el cuidador y/o familiar, conexión a internet, los cuestionarios utilizados en las evaluaciones y material de oficina (bolígrafos, lápices, folios de papel...) para que cuidador y/o familiar puedan cumplimentar los protocolos de evaluación y realizar las actividades prácticas de las sesiones.
- *Formato telemático.* Tanto terapeuta como clientes necesitan de: conexión a internet, ordenadores con hardware incorporado de vídeo y audio, el software Microsoft Office PowerPoint (versiones 2015-2019), suscripción gratuita a la plataforma de videollamada “Zoom” y material de oficina (bolígrafos, lápices, folios de papel...) para que cuidador y/o familiar puedan realizar las actividades prácticas de las sesiones.

## **Análisis de su viabilidad**

El programa de intervención desarrollado en el presente trabajo cumple con una serie de factores que lo hacen técnicamente viable.

*Factores económicos.* El coste total del programa se limita al pago del contrato de alquiler del despacho de psicología y el pago de la conexión a internet. Para abaratar el coste total, se puede circunscribir la población diana a la provincia de Valencia, para que las sesiones presenciales pueden realizarse en el domicilio del cuidador y/o familiar y las telemáticas desde el domicilio del terapeuta. De esta forma, se evitaría el pago del alquiler si supusiera un sobrecoste para el terapeuta.

*Factor marketing.* La existencia del programa, será puesta en conocimiento de los directores del servicio de neurología de los principales hospitales de la CV (Hospital Universitario y Politécnico la Fe, Hospital Militar de Manises, Hospital General Universitario de Castellón...) y asociaciones de DCA localizadas en la Comunidad Valenciana (ATENEU Castelló, Associació-Fundació Dany Cerebral Adquirit; Nueva Opción, Asociación de Daño Cerebral Adquirido de Valencia y ADACEA, Asociación de Daño Cerebral Adquirido, provincia de Alicante ). De forma que los cuidadores y familiares sean conocedores de la disponibilidad de este recurso.

*Factor tecnológico.* El programa es tecnológicamente viable para la gran mayoría de la población a la que pretende atender. De acuerdo, a la última encuesta del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2019): El 78% de los hogares españoles tiene ordenador y el 91.4% disponen de conexión a internet. Si atendemos a los grupos de edad 50 a 74 años, rango de edad donde la incidencia del ictus se dispara (D. G. D. A. (2019), entre un 63-92% de la población dispone de acceso a internet (INE, 2019).

*Factor de innovación.* El programa tiene dos características innovadoras que lo diferencian del resto de programas disponibles en España.

- *Escasez de programas.* En España no se han encontrado programas específicos del afrontamiento del estrés en cuidadores de personas con afasia. La mayoría de programas están destinados a cuidadores y/o familiares de personas mayores o con algún tipo de enfermedad neurodegenerativa como es la enfermedad de Alzheimer o de Parkinson.

- *Flexibilidad horaria*. El 50% de las sesiones del programa son de carácter telemático, a través de videollamada. Ello supone una menor inversión de dinero y tiempo de desplazamiento para cuidadores y/o familiares desde sus hogares al gabinete de psicología, donde se desarrollaría la totalidad del programa si se siguiera una modalidad presencial.

## **Evaluación**

Las fases de evaluación inicial y evaluación post-tratamiento se han llevado a cabo con los siguientes cuestionarios autoaplicados:

- *Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit (ECCZ)* (Zarit y Zarit, 1983). Instrumento autoaplicado para evaluar la carga subjetiva del cuidador. La entrevista está compuesta por un total de 22 ítems en una escala tipo Likert de 5 alternativas. Los ítems que componen la escala se dividen en tres factores: “impacto del cuidado”, “relación interpersonal” y “expectativas de autoeficacia”. Cuenta con una consistencia interna alta (Cronbach = 0.83-.94)
- *Escala de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF)* (WHOQOL, 1998). Instrumento desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para valorar la calidad de vida. Ésta se define como “las percepciones individuales de una persona, de su posición en la vida en el contexto de su cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, normas y preocupaciones” (WHOQOL, 1998). La escala se compone de 26 ítems en una escala tipo Likert con 5 alternativas. Los ítems se agrupan en 4 dimensiones: salud física, salud psicológica, ambiente y relaciones sociales. El cuestionario una puntuación final sobre percepción de “calidad de vida global” y “salud general”. Su nivel de consistencia interna es adecuado (Cronbach = 0.66-.80).
- *Cope-28 versión española del Brief COPE* (Carver, 1997). Inventario multidimensional autoaplicado que evalúa formas de afrontamiento ante el estrés. Está compuesto por 28 ítems valorados en una escala tipo Likert con 4 alternativas. Los ítems se agrupan en 4 factores: afrontamiento cognitivo, afrontamiento de apoyo social, afrontamiento espiritual y bloqueo del afrontamiento. El nivel de consistencia interna es alto (Cronbach = 0.71-.80).
- *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI)* (Spielberger, et al., 1999). Cuestionario autoaplicado que evalúa ansiedad rasgo (AR), como disposición

general de respuesta del sujeto ante situaciones estresantes y ansiedad estado (AE), como respuesta ante situaciones concretas. El cuestionario está formado por 40 ítems en formato Likert de 4 alternativas, 20 para AR y 20 para AE. Su consistencia interna es alta (Cronbach = 0.90-.93).

- *Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)* (Beck, et al., 1961). Instrumento autoaplicado que valora la presencia y gravedad de sintomatología depresiva en población normal y patológica. Está formado por 21 ítems tipo Likert de 4 alternativas de respuesta en función de la gravedad. La puntuación total sitúa al sujeto en una escala compuesta por cuatro puntos de corte: ausencia de depresión (0-13), depresión leve (14-19), depresión moderada (20-28) y depresión grave (29-63). Su consistencia interna es adecuada (Cronbach = 0.76-.95).

### 3. Conclusiones

El ictus o ACV representa la primera causa de discapacidad permanente en adultos, donde un 44% de las personas que sufre un ictus acaba desarrollando algún tipo de afasia (Helm-Estabrooks y Albert, 2005). El diagnóstico de afasia supone un gran shock emocional tanto para la pareja como familiares de la persona afectada. Éstos pasan a asumir un rol prácticamente desconocido para ellos, el rol de cuidador informal. Esta situación se ve agravada en los cuidadores y/o familiares de personas con afasia, donde la prestación de cuidados convive con una ruptura de la comunicación dentro de la relación de pareja/familiar a raíz de las dificultades comunicativas implícitas en la afasia (McGurk y Kneebone, 2013).

El desempeño del rol de cuidador de forma prolongada en el tiempo supone una fuente de estrés crónico permanente, tanto a nivel físico como psicológico (Ruiz-Robledillo y Moya-Albiol, 2012). En cuidadores y familiares de personas con DCA y afasia se han observados elevados niveles de ansiedad y síntomas propios de la depresión (Camero, et al., 2013; Guillespie, et al., 2010; McGurk y Kneebone, 2013; Off, et al., 2019). Esta sintomatología llega a prevalecer hasta en un 50% de los cuidadores pasados 3 años del evento vascular. (Visser-Meiley, et al., 2009).

A su vez, se ha observado que una buena calidad de vida en los cuidadores de personas con afasia correlaciona positivamente con una mayor eficacia y pronóstico de

recuperación del lenguaje en la persona afectada (Draper, et al., 2007; Johansson, et al., 2011; Smith, et al., 2012).

Dado el panorama en el que se hallan inmersos los cuidadores y/o familiares, se presenta un programa de intervención cuyo principal objetivo es mejorar su calidad de vida, dotándoles de estrategias de afrontamiento emocional activo y estrategias para la resolución de problemas. De forma que puedan desempeñar el rol de cuidador informal en ausencia de elevados niveles de estrés crónico, ansiedad y síntomas depresivos.

La propuesta de intervención goza de un amplio respaldo empírico. Pues combina sesiones destinadas: al asesoramiento psicológico sobre el duelo ambiguo mediante estrategias de afrontamiento emocional activo, psicoeducación sobre el ictus, la afasia y sus consecuencias, entrenamiento en habilidades para la resolución de problemas y búsqueda de actividades agradables. Una estructura similar a la recomendada en los trabajos de (Cheng, et al., 2014; Corry, et al., 2015; Lee, et al., 2007; Minshall, et al., 2020), pero con la particularidad de que el programa está enfocado exclusivamente a cuidadores y/o familiares de personas con afasia. A su vez, el enfoque de intervención individual permite al terapeuta atender las necesidades de los cuidadores y/o familiares enfocadas a la particularidad de la semiología afásica de la persona cuidada.

La principal limitación del programa es que se trata de una propuesta de intervención y como tal no ha podido ser aplicada, de forma que no se disponen de datos cuantitativos que puedan avalar su eficacia.

El programa está pensado para ser implementado pasado un mes desde que se ha producido el traslado de la persona con afasia del hospital a su domicilio. De forma que podamos tanto abordar como prevenir situaciones de estrés crónico que pudieran prolongarse en el tiempo innecesariamente.

El programa cumple con los requisitos de viabilidad tanto a nivel económico dado su bajo coste total, como a nivel tecnológico donde la gran mayoría de la población a la que va dirigido dispone de ordenadores y acceso a internet. Por otro lado, el formato telemático de las sesiones supone una menor inversión de tiempo y dinero para cuidadores y/o familiares, pudiendo conciliar más fácilmente sus obligaciones laborales y de cuidador con la participación en el programa.

Finalmente, con este programa se pretende dar respuesta a las demandas y necesidades de una población susceptible de ser vulnerable al estrés crónico. De forma que pareja y familiares de la persona con afasia desempeñen el rol de cuidador informal dando respuesta a las demandas de cuidado, sin que por ello su calidad de vida se vea afectada. Una situación de cuidado que mediante el uso de estrategias de afrontamiento: mejorará la relación de pareja/familiar, favorecerá una mayor participación social activa de la persona con afasia y del cuidador y/o familiar de la persona en su entorno y mejorará el pronóstico de recuperación del lenguaje.

#### 4. Referencias bibliográficas

- Aguado, O., Aleix, C., Álvarez, J., Cacho, Á., Egocheaga, I., & García, J. (2009). Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013) *Manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales* (5ª ed.). Washington DC: Autor.
- Armstrong, E. & Ferguson, A. (2016). Chapter 11 Discourse and Functional Approaches to Aphasia. En Coppens, P. (2016). *Aphasia and related neurogenic communication disorders* (pp. 217-229). Jones & Bartlett Publishers.
- Bados López, A., & García Grau, E. (2014). Resolución de problemas.
- Brea, A., Laclaustra, M., Martorell, E., & Pedragosa, À. (2013). Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en España. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, 25(5), 211-217.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bell, A. C., & D'Zurilla, T. J. (2009). Problem-solving therapy for depression: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 29(4), 348-353.
- Cabodevilla, I. (2007). Las pérdidas y sus duelos. En *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 30, pp. 163-176). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Cameron, J. I., & Gignac, M. A. (2008). "Timing It Right": a conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. *Patient education and counseling*, 70(3), 305-314.
- Cameron, J. I., Naglie, G., Silver, F. L., & Gignac, M. A. (2013). Stroke family caregivers' support needs change across the care continuum: a qualitative study using the timing it right framework. *Disability and rehabilitation*, 35(4), 315-324.
- Cardila, F., Martínez, Á. M., Martín, A. B. B., del Carmen Pérez-Fuentes, M., Jurado, M. D. M. M., & Linares, J. J. G. (2015). Prevalencia de la depresión en España: Análisis de los últimos 15 años. *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(2), 267-279.

- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
- Cherney, L. & Robey, R. (2008). Chapter 6 Aphasia Treatment: Recovery, Prognosis and Clinical Effectiveness. En Chapey, R. (2008). *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders* (186-202). Filadelfia, Pennsylvania.
- Cheng, H. Y., Chair, S. Y., & Chau, J. P. C. (2014). The effectiveness of psychosocial interventions for stroke family caregivers and stroke survivors: a systematic review and meta-analysis. *Patient education and counseling*, 95(1), 30-44.
- Corbalán Carrillo, M. G., Hernández Vian, Ó., Carré Catases, M., Paul Galcerán, G., Hernández Vian, B., & Marzo Duque, C. (2013). Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria. *Gerokomos*, 24(3), 120-123.
- Corry, M., While, A., Neenan, K., & Smith, V. (2015). A systematic review of systematic reviews on interventions for caregivers of people with chronic conditions. *Journal of advanced nursing*, 71(4), 718-734.
- Draper, B., Bowring, G., Thompson, C., Van Heyst, J., Conroy, P., & Thompson, J. (2007). Stress in caregivers of aphasic stroke patients: a randomized controlled trial. *Clinical rehabilitation*, 21(2), 122-130.
- Diéguez-Vide, F., & Peña-Casanova, J. (2012). Capítulo 7. Denominación En *Cerebro y lenguaje. Sintomatología neurolingüística* (pp.279-307). Madrid: Médica Panamericana.
- Domínguez, J. A., Ruíz, M., Gómez, I., Gallego, E., Valero, J., & Izquierdo, M. T. (2012). Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. *SEMERGEN-Medicina de familia*, 38(1), 16-23.
- Gan, C., Gargaro, J., Brandys, C., Gerber, G., & Boschen, K. (2010). Family caregivers' support needs after brain injury: a synthesis of perspectives from caregivers, programs, and researchers. *NeuroRehabilitation*, 27(1), 5-18.

- Grawburg, M., Howe, T., Worrall, L., & Scarinci, N. (2013). Third-party disability in family members of people with aphasia: A systematic review. *Disability and rehabilitation*, 35(16), 1324-1341.
- Gillespie, A., Murphy, J., & Place, M. (2010). Divergences of perspective between people with aphasia and their family caregivers. *Aphasiology*, 24(12), 1559-1575.
- Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization (OMS); 2012. Available from: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/) [cited 2016 June 1].
- González Lázaro, P., & González Ortuño, B. (2012). Etiología de las afasias. En *Afasia. De la teoría a la práctica* (pp. 2-6). Madrid: Médica Panamericana.
- González Lázaro, P., & González Ortuño, B. (2012). Antecedentes históricos de la afasia. En *Afasia. De la teoría a la práctica* (pp. 9-24). Madrid: Médica Panamericana.
- Hallowell, B. & Chapey, R. (2008). Chapter 7 Delivering Language Intervention Services to Adults with Neurogenic Communication Disorders. En Chapey, R. (2008). *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders* (pp.203-228). Filadelfia, Pennsylvania.
- Helm-Estabrooks, N., & Albert, M. L. (2005). Influencia de la enfermedad médica y neurológica en la afasia. En *Manual de la afasia y de terapia de la afasia* (pp. 35-46). Ed. Médica Panamericana.
- Hilari, K & Cruice, M. (2016). Chapter 12 Quality-of-life-Approach to Aphasia. En Coppens, P. (2016). *Aphasia and related neurogenic communication disorders* (pp. 233-250). Jones & Bartlett Publishers.
- INE. (2018). Defunciones según la Causa de Muerte. Notas de Prensa.
- INE, B. (2019). Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la Información y Comunicación en los Hogares.
- Johansson, M. B., Carlsson, M., & Sonnander, K. (2011). Working with families of persons with aphasia: a survey of Swedish speech and language pathologists. *Disability and Rehabilitation*, 33(1), 51-62.

- Kniepmann, K., & Cupler, M. H. (2014). Occupational changes in caregivers for spouses with stroke and aphasia. *British Journal of Occupational Therapy*, 77(1), 10-18.
- Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., Begiristáin, J. M., Valderrama, M. J., & Arregi, B. (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas 2013cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta sanitaria*, 22(5), 443-450.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). 5 The concept of coping. En *Stress, appraisal, and coping* (pp. 117-139). Springer publishing company.
- Le Dorze, G., & Signori, F. H. (2010). Needs, barriers and facilitators experienced by spouses of people with aphasia. *Disability and rehabilitation*, 32(13), 1073-1087.
- Lee, J., Soeken, K., & Picot, S. J. (2007). A meta-analysis of interventions for informal stroke caregivers. *Western journal of nursing research*, 29(3), 344-356.
- León-Campos, M. O., Chonchol, A. S., & Miranda-Castillo, C. (2018). Afrontamiento, apoyo social y depresión en cuidadores informales y su relación con necesidades no cubiertas de personas con demencia. *Ansiedad y Estrés*, 24(2-3), 73-80.
- Linde, J. M. M., Velasco, M. D. L. Á. I., & Velasco, B. I. (2005). El apoyo social como modulador de la carga del cuidador de enfermos de Alzheimer. *Psicología y salud*, 15(1), 33-43.
- López, J. (2005). Entrenamiento en manejo del estrés en cuidadores de familiares mayores dependientes: desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa. *Madrid: Universidad Complutense. Recuperado de [http://www. ucm. es/BUCM/tesis/psi/ucm-t28693. pdf](http://www.ucm.es/BUCM/tesis/psi/ucm-t28693.pdf).*
- López, M. C., & Martínez, J. L. (2007). 1. Envejecer en casa. El cuidado de las personas mayores dependientes en el hogar. En *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar"* (p. 15-51). (No. 12006). Madrid: Imsero.

- López de Arróyabe Castillo, E., & Calvete Zumalde, E. (2013). Daño cerebral adquirido: percepción del familiar de las secuelas y su malestar psicológico. *Clínica y salud*, 24(1), 27-35.
- Matías-Guiu, J., Villoria, F., Oliva, J., Viñas, S., & Martí, J. (2009). Estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud. *Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social*.
- Maydeu-Olivares, A., & D'Zurilla, T. J. (1996). A factor-analytic study of the Social Problem-Solving Inventory: An integration of theory and data. *Cognitive therapy and research*, 20(2), 115-133.
- McGurk, R., & Kneebone, I. I. (2013). The problems faced by informal carers to people with aphasia after stroke: a literature review. *Aphasiology*, 27(7), 765-783.
- Minshall, C., Castle, D. J., Thompson, D. R., Pascoe, M., Cameron, J., McCabe, M., ... & Ski, C. F. (2020). A psychosocial intervention for stroke survivors and carers: 12-month outcomes of a randomized controlled trial. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 1-14.
- Navarro Diez, M. M. (2010). Estudio experimental sobre la eficacia de la intervención psicoeducativa INFOSA sobre el malestar psicológico de los cuidadores principales de personas ancianas dependientes (Doctoral dissertation, Universitat Jaume I).
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Perri, M. G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines*. John Wiley & Sons.
- Off, C. A., Griffin, J. R., Murray, K. W., & Milman, L. (2019). Interprofessional caregiver education, training, and wellness in the context of a cohort model for aphasia rehabilitation. *Topics in Language Disorders*, 39(1), 5-28.
- Papathanasiou, I & Coppens, P. (2016). Chapter 1 Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders: Basic Concepts and Operational Definitions. En Coppens, P. (2016). *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (p. 1-2). Jones & Bartlett Publishers.

- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J. y Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist*, 30, 583-594.
- Ruiz-Robledillo, N., & Moya-Albiol, L. (2012). El cuidado informal: una visión actual. *Revista de motivación y emoción*, 1, 22-30.
- Sanitària, D. G. D. A. (2019). Plan de atención al ictus en la Comunidad Valenciana 2019--2023. *Valencia: Consellería de Sanitat*.
- Smith, G. C., Egbert, N., Dellman-Jenkins, M., Nanna, K., & Palmieri, P. A. (2012). Reducing depression in stroke survivors and their informal caregivers: a randomized clinical trial of a Web-based intervention. *Rehabilitation psychology*, 57(3), 196.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., & Cubero, N. S. (1999). *STAI: Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Madrid: TEA ediciones.
- Vázquez, F. L., Otero, P., López, M., Blanco, V., & Torres, Á. (2010). Un programa breve basado en la solución de problemas para la prevención de la depresión en cuidadores informales de pacientes con demencia: un estudio piloto. *Clínica y salud*, 21(1), 59-76.
- Visser-Meily, A., Post, M., van de Port, I., Maas, C., Forstberg-Wärleby, G., & Lindeman, E. (2009). Psychosocial functioning of spouses of patients with stroke from initial inpatient rehabilitation to 3 years poststroke: course and relations with coping strategies. *Stroke*, 40(4), 1399-1404.
- Wallace, S. J., Worrall, L., Rose, T., Le Dorze, G., Cruice, M., Isaksen, J., ... & Gauvreau, C. A. (2017). Which outcomes are most important to people with aphasia and their families? An international nominal group technique study framed within the ICF. *Disability and rehabilitation*, 39(14), 1364-1379.
- WHO. International classification of functioning, disability and health, ICF. Geneva, Switzerland: WHO; 2001.
- Whoqol Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological medicine*, 28(3), 551-558.

- Worden, J. W., Aparicio, Á., & Barberán, G. S. (2013). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós.
- Worral, L., Papathanasiou, I & Sherrat, S. (2016). Chapter 5 Therapy Approaches to Aphasia. En Coppens, P. (2016). *Aphasia and related neurogenic communication disorders* (pp. 93-109).
- Zarit, S.H.y Zarit J.M. (1983). *The Memory and behavior problem checklist and the burden interview*. Technical Report, Pennsylvania State University.
- Zinner, E., Ball, J., Stutts, M. y Philput, C. (1997). Grief reactions of mothers of adolescents and young adults with traumatic brain injury. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 12, 435-447.

## ANEXOS

## Anexo 1. Tipos de afasia

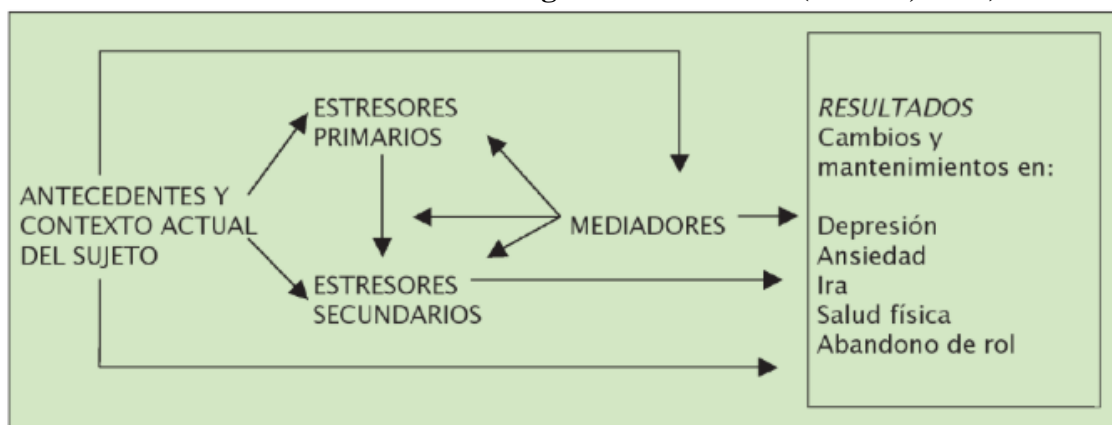
Tabla 1

*Tipos de afasia según la clasificación neoconexionista*

Tipo de afasia	Fluidez	Repetición	Comprensión	Denominación
Global	-	-	-	-
Broca	-	-	+	-
Motora transcortical	-	+	+	-
Mixta transcortical	-	+	-	-
Wernicke	+	-	-	-
Sensorial transcortical	+	+	-	-
Conducción	+	-	+	+
Anómica	+	+	+	+

*Nota.* Los signos + y – son indicativos de si la capacidad se encuentra preservada o alterada. Fuente: “Tipos de afasia según la clasificación neoconexionista” por González Lázaro, P., & González Ortuño, B. (2012). Afasia. De la teoría a la práctica.

## Anexo 2. Modelo Multidimensional de Agentes Estresantes (Pearlin, 1990)



*Nota.* Fuente: Adaptado de López y Martínez (2007).

**Anexo 3. Entrevista de Carga del Cuidador de Zarit (ECCZ).**

Nombre: Estado civil: Edad: Sexo:

Ocupación: Educación Fecha:

Puntuación:

0 Nunca 1 Rara vez 2 Algunas veces 3 Bastantes veces 4 Casi siempre

**1. CUESTIONARIO**

<b>Pregunta</b>	<b>Respuesta</b>
1.¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	0 1 2 3 4
2.¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	0 1 2 3 4
3.¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	0 1 2 3 4
4.¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	0 1 2 3 4
5.¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	0 1 2 3 4
6.¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	0 1 2 3 4
7.¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0 1 2 3 4
8.¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	0 1 2 3 4
9.¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	0 1 2 3 4

10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	0 1 2 3 4
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar?	0 1 2 3 4
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar?	0 1 2 3 4
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar?	0 1 2 3 4
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	0 1 2 3 4
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de otros gastos?	0 1 2 3 4
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0 1 2 3 4
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	0 1 2 3 4
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona?	0 1 2 3 4
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0 1 2 3 4
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	0 1 2 3 4
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	0 1 2 3 4
22. Globalmente, ¿qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar	0 1 2 3 4

## 2. CORRECCIÓN

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

<b>Frecuencia</b>	<b>Puntuación</b>
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4
PUNTUACIÓN TOTAL	

**Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56.**

#### Anexo 4. Escala de Calidad de Vida (WHOQOL-BREF).

Antes de empezar con la prueba nos gustaría que contestara unas preguntas generales sobre usted: haga un círculo en la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco.

Sexo:	Hombre	Mujer		
¿Cuándo nació?	Día	Mes	Año	
¿Qué estudios tienes?	Ninguno	Primarios	Medios	Universitarios
¿Estado civil?	Soltero/a	Separado/a	Casado/a	
	Divorciado/a	En pareja	Viudo/a	
¿En la actualidad está enfermo?		Si	No	

Si tiene algún problema con su salud, ¿Qué piensa que es? \_\_\_\_\_  
 Enfermedad/Problema.

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

Tenga presente su modo de vivir. Expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida **durante las dos últimas semanas**. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas se puede preguntar:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Rodee con un círculo el número que defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas. Si piensa que obtuvo bastante apoyo de otras personas, usted debería señalar con un círculo el número 4, quedando la respuesta de la siguiente forma:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	④	5

Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión.

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo con el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

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

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5

19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho está de las condiciones que del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho está con el acceso que tienen a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho está con los servicios de transporte en su zona?	1	2	3	4	5
26	¿Con qué frecuencia tienen sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo? \_\_\_\_\_

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario? \_\_\_\_\_

### **Normas de administración y puntuación**

En Badia X, Alonso, J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. 4ta edición Barcelona: Lilly.2007.

- Concepto: Proporciona un perfil de calidad de vida percibida por la persona. Fue diseñado para ser usado tanto en población general como en pacientes. La WHOQOL-BREF proporciona una manera rápida de puntuar los perfiles de las áreas que explora, sin embargo, no permite la evaluación de las facetas individuales de las áreas. Se recomienda utilizarla en epidemiología y en clínica cuando la calidad de vida es de interés, pero no es el objetivo principal del estudio o intervención.
- Existen dos versiones la WHOQOL-100 y la WHOQOL-BREF ambos con estudios de validación en español (que aún continúan contemplándose). La versión aquí recogida, la WHOQOL-BREF (26 ítems) produce un perfil de 4 dimensiones: Salud física, Salud psicológica, Relaciones sociales y Ambiente.

En Murgieri M. WHOQOL-100 y WHOQOL-BREF. En red: última actualización 30/03/2009.[http://www.llave.connmed.com.ar/portalnoticias\\_vernoticia.php?codigonoticia=17621](http://www.llave.connmed.com.ar/portalnoticias_vernoticia.php?codigonoticia=17621):

- Administración:
  - El tiempo de referencia que contempla el WHOQOL es de dos semanas.
  - El cuestionario debe ser autoadministrado.
  - Cuando la persona no sea capaz de leer o escribir por razones de educación, cultura o salud puede ser entrevistada.

Freire de Oliveira M, Ábalos Medina GM, Olmedo Alguacil M, Ramírez Rodrigo J, Fernández Pérez AM, Villaverde Gutiérrez C. Estudio comparativo de los instrumentos WHOQOL-BREF Y SF-36, para medir calidad de vida en mayores. Scientia, 2008; 3:  
En red: <http://www.revista-scientia.es/documentos/2008/3.pdf>

- Puntuación:
  - El instrumento WHOQOL-BREF ofrece un perfil de calidad de vida, siendo cada dimensión o dominio puntuado de forma independiente. Cuanto mayor sea la puntuación en cada dominio, mejor es el perfil de calidad de la vida de la persona evaluada.

Sin embargo, no todos los ítems se puntúan de forma directa, hay que recodificar de forma inversa parte de las puntuaciones. Las instrucciones para la recodificación de estos ítems, sobre cómo calcular la puntuación en cada dominio y la estandarización de estas puntuaciones para compararlas con otras escalas se pueden consultar en: Organización Mundial de la Salud (OMS). [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf) (ver tablas 3 y 4 en páginas: 12 y 13).

En Bobes, García, J; G-Portilla, MP; Bascarán Frenández, MT, Saiz Martínez; PA, Bousoño García M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 3ª edición. Barcelona: Ars Médica. 2004

- Puntuación:
  - Se obtiene un perfil del paciente y una puntuación sobre percepción de calidad de vida global y salud general. No existen puntos de corte compuestos. A mayor puntuación, mayor calidad de vida.
  - Para su corrección se remite al lector a la versión española del WHOQOL: Lucas Carrasco R. Versión española del WHOQOL. Madrid: Ergón, 199



12. He intentado ver el problema desde una perspectiva diferente, hacer que parezca más positivo.	1	2	3	4
13. Me he criticado a mí mismo.	1	2	3	4
14. He intentado elaborar una estrategia sobre qué hacer.	1	2	3	4
15. He recibido consuelo y comprensión de otras personas.	1	2	3	4
16. Me he dado por vencido en mis intentos de hacer frente a la situación.	1	2	3	4
17. He buscado alguna cosa positiva en lo que está ocurriendo.	1	2	3	4
18. He bromeado sobre la situación.	1	2	3	4
19. He hecho cosas para pensar menos en el problema, como ir al cine, ver la televisión, ir de compras, leer, soñar despierto, dormir, etc.	1	2	3	4
20. He aceptado la realidad de lo que ha ocurrido.	1	2	3	4
21. He expresado mis sentimientos negativos.	1	2	3	4
22. He intentado encontrar consuelo en mis creencias espirituales o en mi religión.	1	2	3	4
23. He intentado obtener de otras personas ayuda y consejo sobre lo que tengo que hacer.	1	2	3	4
24. He aprendido a vivir con ello.	1	2	3	4
25. He pensado mucho sobre los pasos que tengo que dar.	1	2	3	4
26. Me he culpado a mí mismo por las cosas que han ocurrido.	1	2	3	4
27. He rezado o meditado.	1	2	3	4
28. Me he burlado de la situación.	1	2	3	4

## 2. TIPO DE AFRONTAMIENTO SEGÚN LOS ÍTEMS

<b>Tipos de afrontamiento</b>	<b>Ítems</b>
COPBAUTO: Autodistracción	Ítems: 1, 19
COPBACTI: Afrontamiento activo	Ítems: 2, 7
COPBNEGA: Negación	Ítems: 3, 8
COPBDROG: Uso de sustancias	Ítems: 4, 11
COPBBOSE: Búsqueda de apoyo social emocional	Ítems: 5, 15
COPBSOST: Búsqueda de apoyo social instrumental	Ítems: 10, 23
COPBCOND: Distrainimiento conductual	Ítems: 6, 16
COPBVENT: Ventilación de emociones COPE	Ítems: 9, 21
COPBPOSI: Reinterpretación positiva	Ítems: 12, 17
COPBPLAN: Planificación	Ítems: 14, 25
COPBHUMO: Humor	Ítems: 18, 28
COPBACEP Aceptación	Ítems: 20, 24
COPBRELI: Religión	Ítems: 22, 27
COPBCULP: Autoculpa	Ítems: 13, 26

## Anexo 6. Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI)

### STAI AUTOEVALUACIÓN A (E/R)

Apellidos y Nombre Edad Sexo  
 Centro Curso/puesto Estado civil  
 Otros datos Fecha

<b>A / E</b>	PD = 30 + - =
<b>A / R</b>	PD = 21 + - =

### Instrucciones A-E

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se **SIENTE UD. AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente. Posteriormente, **COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA.**

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado.	0	1	2	3
2. Me siento seguro.	0	1	2	3
3. Me siento tenso.	0	1	2	3
4. Me siento contrariado.	0	1	2	3
5. Me siento cómo (estoy a gusto).	0	1	2	3
6. Me siento alterado.	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras.	0	1	2	3
8. Me siento descansado.	0	1	2	3
9. Me siento angustiado.	0	1	2	3
10. Me siento confortable.	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo.	0	1	2	3
12. Me siento nervioso.	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado.	0	1	2	3
14. Me siento muy atado (como oprimido).	0	1	2	3
15. Estoy relajado.	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho.	0	1	2	3
17. Estoy preocupado.	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobrecitado.	0	1	2	3
19. Me siento alegre.	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien.	0	1	2	3

### Instrucciones A-R

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se **SIENTE UD. EN GENERAL** en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente UD. Generalmente. Posteriormente, **COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA.**

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21. Me siento bien.	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente.	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar.	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros.	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.	0	1	2	3
26. Me siento descansado.	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada.	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.	0	1	2	3
30. Soy feliz.	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo.	0	1	2	3
33. Me siento seguro.	0	1	2	3
34. Evito enfrentarme a las crisis o dificultades.	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico).	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho.	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los engaños, que no puedo olvidarlos.	0	1	2	3
39. Soy una persona estable.	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

### Anexo 7. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Nombre:	Estado civil:	Edad:	Sexo:
Ocupación:	Educación	Fecha:	

**Instrucciones:** Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

1. Tristeza
  - 0 No me siento triste.
  - 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
  - 2 Me siento triste todo el tiempo.
  - 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.
  
2. Pesimismo
  - 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
  - 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
  - 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
  - 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.
  
3. Fracaso
  - 0 No me siento como un fracasado.
  - 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
  - 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
  - 3 Siento que como persona soy un fracaso total.
  
4. Pérdida de placer
  - 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
  - 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
  - 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
  - 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimiento de culpa
  - 0 No me siento particularmente culpable.
  - 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
  - 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
  - 3 Me siento culpable todo el tiempo.
  
6. Sentimientos de castigo
  - 0 No siento que este siendo castigado
  - 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
  - 2 Espero ser castigado
  - 3 Siento que estoy siendo castigado.
  
7. Disconformidad con uno mismo
  - 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
  - 1 He perdido la confianza en mí mismo
  - 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
  - 3 No me gusta a mí mismo.
  
8. Autocrítica
  - 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
  - 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
  - 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
  - 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
  
9. Pensamientos o deseos suicidas
  - 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
  - 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
  - 2 Querría matarme
  - 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
  
10. Llanto
  - 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
  - 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
  - 2 Lloro por cualquier pequeñez.
  - 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.
  
11. Agitación
  - 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
  - 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
  - 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
  - 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

## 12. Pérdida de interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

## 13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

## 14. Desvaloración

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

## 15. Pérdida de energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

## 16. Cambios en los hábitos de sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1A Duermo un poco más que lo habitual.
- 1B Duermo un poco menos que lo habitual
- 2A Duermo mucho más que lo habitual.
- 2B Duermo mucho menos que lo habitual
- 3A Duermo la mayor parte del día
- 3B Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

## 17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

## 18. Cambios en el apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito

1A Mi apetito es un poco menor que lo habitual

1B Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2A Mi apetito es mucho menor que antes.

2B Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3A No tengo apetito en absoluto.

3B Quiero comer todo el día.

## 19. Dificultad de concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

## 20. Cansancio o fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

## 21. Pérdida de interés en el sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

## PUNTUACIÓN TOTAL:





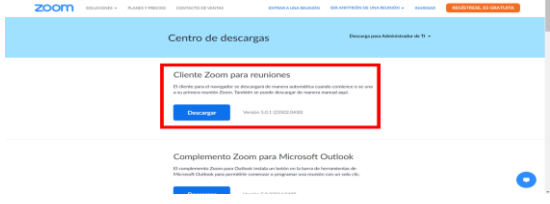



CORRECCIÓN	
RESULTADO	PUNTUACIÓN
Ausencia de depresión	0-3
Depresión leve	14- 19
Depresión moderada	20-28
Depresión grave	29-63

**Anexo 8. Cuestionario de datos sociodemográficos.**

Datos del cuidador y/o familiar			
<b>DATOS PERSONALES</b>			
Nombre:		Dirección:	
Apellidos:		Código Postal:	
Edad:		Provincia:	
Sexo:		Nacionalidad:	
Estado civil:			
DNI/NIF:			
<b>FORMAS DE CONTACTO</b>			
NºTeléfono (1):		Nº Tel.Móvil (1):	
NºTeléfono (2):		Nº Tel.Móvil (2):	
Correo electrónico (1):			
Correo electrónico (2):			
<b>ESTUDIOS Y SITUACIÓN LABORAL</b>			
Nivel de estudios:			
Situación laboral:		Empleo actual:	
Situación económica:			
<b>SITUACIÓN DE CUIDADO</b>			
Duración función de cuidador:			
Horas diarias dedicadas al cuidado del paciente:			
¿Cuidados compartidos?:		Teléfono de contacto:	
Tiempo de ayuda compartida (días y horas):			
Centros de día o asociaciones:			
Modificaciones de su situación laboral:			
Ayudas económicas:			
Tratamiento farmacológico:			

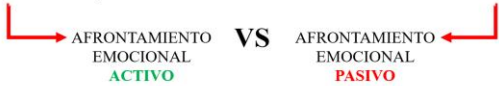
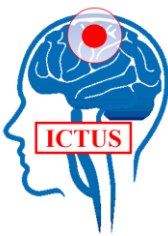
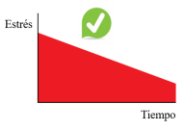



Datos de la persona con afasia			
<b>DATOS PERSONALES</b>			
Nombre:		Dirección:	
Apellidos:		Código Postal:	
Edad:		Provincia:	
Sexo:		Nacionalidad:	
Estado civil:			
DNI/NIF:			
<b>FORMAS DE CONTACTO</b>			
NºTeléfono (1)		Nº Tel.Móvil (1)	
NºTeléfono (2)		Nº Tel.Móvil (2)	
Correo electrónico (1):			
Correo electrónico (2):			
<b>ESTUDIOS Y SITUACIÓN LABORAL ANTERIOR AL ICTUS</b>			
Nivel de estudios:			
Situación laboral:		Empleo actual:	
Situación económica:			
<b>DATOS MÉDICOS DE INTERÉS</b>			
Diagnóstico:			
Tipo de Afasia:			
Fecha del primer ictus:		Fecha de otros ictus:	
Duración de la hospitalización:			
Tratamiento farmacológico:			
Tratamientos con otros profesionales:			
Teléfono de contacto del logopeda:			
Otras enfermedades de interés:			

**Anexo 9. PowerPoint Sesión 1**

<p>Diapositiva 1/12</p> <p style="text-align: center;"><b>Sesión 1. Presentación del programa y evaluación inicial.</b></p>	<p>Diapositiva 2/12</p> <p style="text-align: center;">Objetivos del programa</p> <p><b>Objetivo.</b> Mejorar la <b>CALIDAD DE VIDA</b> de cuidadores y/o familiares de personas con afasia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bloque I. Asesoramiento psicológico en el duelo.</li> <li>Bloque II. Afasia y comunicación.</li> <li>Bloque III. Resolución de problemas.</li> <li>Bloque IV. Actividades agradables.</li> </ul>																																																																								
<p>Diapositiva 3/12</p> <p style="text-align: center;">Bloque I. Asesoramiento psicológico en el duelo</p> <p><b>Objetivo.</b> Aceptar la realidad de la afasia, aprendiendo a convivir con ella en esta nueva etapa de la vida.</p> 	<p>Diapositiva 4/12</p> <p style="text-align: center;">Bloque II. Afasia y comunicación</p> <p><b>Objetivo.</b> Informar al cuidador y/o familiar sobre: el ictus, la afasia, modelos de intervención, estrategias comunicativas (verbal, no verbal y asertiva).</p> 																																																																								
<p>Diapositiva 5/12</p> <p style="text-align: center;">Bloque III. Resolución de problemas</p> <p><b>Objetivo.</b> Enseñar estrategias de afrontamiento para la solución de problemas propios del día a día del cuidador.</p> <div style="text-align: center;"> <p><b>PROBLEMA</b></p> <p>↓</p> <p><b>SOLUCIÓN</b></p> <p>↓</p> <p><b>RESULTADOS</b></p> </div>	<p>Diapositiva 6/12</p> <p style="text-align: center;">Bloque IV. Actividades agradables</p> <p><b>Objetivo.</b> Fomentar la realización de actividades agradables (ocio y tiempo libre) en el día a día de los cuidadores.</p> <div style="text-align: center;"> <p><b>AUTOCUIDADO</b></p> </div> 																																																																								
<p>Diapositiva 7/12</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Bloque temático</th> <th>Sesión</th> <th>Objetivo</th> <th>Recursos necesarios</th> <th>Duración</th> <th>Formato</th> <th>Fecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Evaluación inicial</td> <td>Sesión 1. Presentación del programa y evaluación inicial.</td> <td>Explicar el programa a los participantes. Realizar la evaluación inicial.</td> <td>PowerPoint Sesión 1. Caracterización de evaluaciones. Estrategia de post-drive.</td> <td>90 min.</td> <td>Presencial</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Bloque I. Asesoramiento psicológico en el duelo</td> <td>Sesión 2. Aceptación emocional de la nueva realidad.</td> <td>Aceptar la realidad de la afasia. Expresar los sentimientos y emociones que rodean al ictus.</td> <td>PowerPoint Sesión 2. Word Act 1 y Act 2.</td> <td>90 min.</td> <td>Presencial</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sesión 3. Reforzar la pérdida y estrategias de afrontamiento emocional activo.</td> <td>Reforzar la realidad del ictus y la afasia. Pautar conductas sobre estrategias de afrontamiento emocional.</td> <td>PowerPoint Sesión 3.</td> <td>90 min.</td> <td>Presencial</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sesión 4. Conociendo el ictus y la afasia.</td> <td>Psicoeducación e información de interés para el rol de cuidador.</td> <td>PowerPoint Sesión 4.</td> <td>60 min.</td> <td>Telemático</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Bloque II. Afasia y comunicación</td> <td>Sesión 5. Dificultades y habilidades comunicativas.</td> <td>Revisar el uso de habilidades comunicativas en la relación del cuidador y la persona con afasia.</td> <td>PowerPoint Sesión 5.</td> <td>90 min.</td> <td>Presencial</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sesión 6. Definición del problema, establecimiento de metas y generación de soluciones alternativas.</td> <td>Aprender a formular un problema, establecer metas y ofrecer posibles soluciones.</td> <td>PowerPoint Sesión 6. Word Act 1.</td> <td>60 min.</td> <td>Telemático</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Bloque III. Resolución de problemas</td> <td>Sesión 7. Toma de decisiones y planificación de soluciones.</td> <td>Aprender a recoger y desarrollar la solución que más se ajusta a un problema.</td> <td>PowerPoint Sesión 7. Word Act 6. Word Act 7.</td> <td>60 min.</td> <td>Telemático</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sesión 8. Verificación de resultados y promoción de resultados.</td> <td>Aprender a valorar las consecuencias de la solución elegida.</td> <td>PowerPoint Sesión 8. Word Act 8.</td> <td>60 min.</td> <td>Telemático</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sesión 9. Búsqueda de actividades agradables.</td> <td>Fomentar la realización de actividades agradables en el día a día de los cuidadores.</td> <td>PowerPoint Sesión 9. Word Act 9. Word Act 10.</td> <td>60 min.</td> <td>Telemático</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Evaluación post-valoración</td> <td>Sesión 10. Cierre del programa y devolución de resultados.</td> <td>Revisar a cuidador y/o familiar para que valore el programa. Devolución de los resultados a los participantes del programa.</td> <td>Excel Sesión 10.</td> <td>60 min.</td> <td>Presencial</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Bloque temático	Sesión	Objetivo	Recursos necesarios	Duración	Formato	Fecha	Evaluación inicial	Sesión 1. Presentación del programa y evaluación inicial.	Explicar el programa a los participantes. Realizar la evaluación inicial.	PowerPoint Sesión 1. Caracterización de evaluaciones. Estrategia de post-drive.	90 min.	Presencial		Bloque I. Asesoramiento psicológico en el duelo	Sesión 2. Aceptación emocional de la nueva realidad.	Aceptar la realidad de la afasia. Expresar los sentimientos y emociones que rodean al ictus.	PowerPoint Sesión 2. Word Act 1 y Act 2.	90 min.	Presencial		Sesión 3. Reforzar la pérdida y estrategias de afrontamiento emocional activo.	Reforzar la realidad del ictus y la afasia. Pautar conductas sobre estrategias de afrontamiento emocional.	PowerPoint Sesión 3.	90 min.	Presencial		Sesión 4. Conociendo el ictus y la afasia.	Psicoeducación e información de interés para el rol de cuidador.	PowerPoint Sesión 4.	60 min.	Telemático		Bloque II. Afasia y comunicación	Sesión 5. Dificultades y habilidades comunicativas.	Revisar el uso de habilidades comunicativas en la relación del cuidador y la persona con afasia.	PowerPoint Sesión 5.	90 min.	Presencial		Sesión 6. Definición del problema, establecimiento de metas y generación de soluciones alternativas.	Aprender a formular un problema, establecer metas y ofrecer posibles soluciones.	PowerPoint Sesión 6. Word Act 1.	60 min.	Telemático		Bloque III. Resolución de problemas	Sesión 7. Toma de decisiones y planificación de soluciones.	Aprender a recoger y desarrollar la solución que más se ajusta a un problema.	PowerPoint Sesión 7. Word Act 6. Word Act 7.	60 min.	Telemático		Sesión 8. Verificación de resultados y promoción de resultados.	Aprender a valorar las consecuencias de la solución elegida.	PowerPoint Sesión 8. Word Act 8.	60 min.	Telemático		Sesión 9. Búsqueda de actividades agradables.	Fomentar la realización de actividades agradables en el día a día de los cuidadores.	PowerPoint Sesión 9. Word Act 9. Word Act 10.	60 min.	Telemático		Evaluación post-valoración	Sesión 10. Cierre del programa y devolución de resultados.	Revisar a cuidador y/o familiar para que valore el programa. Devolución de los resultados a los participantes del programa.	Excel Sesión 10.	60 min.	Presencial		<p>Diapositiva 8/12</p> <p style="text-align: center;">Modalidad telemática</p> <p><b>ZOOM.</b> Plataforma gratuita de videollamada y reuniones virtuales disponible para ordenadores, tablets y teléfonos móviles.</p> 
Bloque temático	Sesión	Objetivo	Recursos necesarios	Duración	Formato	Fecha																																																																			
Evaluación inicial	Sesión 1. Presentación del programa y evaluación inicial.	Explicar el programa a los participantes. Realizar la evaluación inicial.	PowerPoint Sesión 1. Caracterización de evaluaciones. Estrategia de post-drive.	90 min.	Presencial																																																																				
Bloque I. Asesoramiento psicológico en el duelo	Sesión 2. Aceptación emocional de la nueva realidad.	Aceptar la realidad de la afasia. Expresar los sentimientos y emociones que rodean al ictus.	PowerPoint Sesión 2. Word Act 1 y Act 2.	90 min.	Presencial																																																																				
	Sesión 3. Reforzar la pérdida y estrategias de afrontamiento emocional activo.	Reforzar la realidad del ictus y la afasia. Pautar conductas sobre estrategias de afrontamiento emocional.	PowerPoint Sesión 3.	90 min.	Presencial																																																																				
	Sesión 4. Conociendo el ictus y la afasia.	Psicoeducación e información de interés para el rol de cuidador.	PowerPoint Sesión 4.	60 min.	Telemático																																																																				
Bloque II. Afasia y comunicación	Sesión 5. Dificultades y habilidades comunicativas.	Revisar el uso de habilidades comunicativas en la relación del cuidador y la persona con afasia.	PowerPoint Sesión 5.	90 min.	Presencial																																																																				
	Sesión 6. Definición del problema, establecimiento de metas y generación de soluciones alternativas.	Aprender a formular un problema, establecer metas y ofrecer posibles soluciones.	PowerPoint Sesión 6. Word Act 1.	60 min.	Telemático																																																																				
Bloque III. Resolución de problemas	Sesión 7. Toma de decisiones y planificación de soluciones.	Aprender a recoger y desarrollar la solución que más se ajusta a un problema.	PowerPoint Sesión 7. Word Act 6. Word Act 7.	60 min.	Telemático																																																																				
	Sesión 8. Verificación de resultados y promoción de resultados.	Aprender a valorar las consecuencias de la solución elegida.	PowerPoint Sesión 8. Word Act 8.	60 min.	Telemático																																																																				
	Sesión 9. Búsqueda de actividades agradables.	Fomentar la realización de actividades agradables en el día a día de los cuidadores.	PowerPoint Sesión 9. Word Act 9. Word Act 10.	60 min.	Telemático																																																																				
Evaluación post-valoración	Sesión 10. Cierre del programa y devolución de resultados.	Revisar a cuidador y/o familiar para que valore el programa. Devolución de los resultados a los participantes del programa.	Excel Sesión 10.	60 min.	Presencial																																																																				
<p>Diapositiva 9/12</p> <p style="text-align: center;">Paso.1 Descargar ZOOM. Enlace: <a href="https://zoom.us/download">https://zoom.us/download</a></p> 	<p>Diapositiva 10/12</p> <p style="text-align: center;">Paso.2 Enlace a la reunión</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">    </div> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Tema: Sesión 4. Módulo I. Conociendo el ictus y la afasia          Hora: 10 may 2020 08:30 PM Hora del pacífico (EE. UU. y Canadá)</p> <p>Unirse a la reunión Zoom  <a href="https://us02web.zoom.us/j/65162217878?pwd=U1UxR2xkZU9UUmUqQ3h5Sk9lZjZlZWU0">https://us02web.zoom.us/j/65162217878?pwd=U1UxR2xkZU9UUmUqQ3h5Sk9lZjZlZWU0</a></p> <p>ID de reunión: 651 6221 7878          Contraseña: PROG.CLJ</p> </div>																																																																								

<p>Diapositiva 11/12</p> <p>Paso.2 Cómo unirse a una reunión</p> 	<p>Diapositiva 12/12</p> <p>Paso.2 Cómo unirse a una reunión</p> 
--	---

**Anexo 10. PowerPoint Sesión 3**

<p>Diapositiva 1/7</p> <p>Sesión 3. Módulo II. Redefinir la pérdida y estrategias de afrontamiento activo.</p>	<p>Diapositiva 2/7</p> <p>¿Qué son las estrategias de afrontamiento?</p> <p>Forma de pensar/actuar de una persona en respuesta a una situación estresante.</p> <p>  </p>
<p>Diapositiva 3/7</p> <p>Tipos de estrategias de afrontamiento</p> <p><b>ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EMOCIONAL PASIVO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-CULPABILIZACIÓN por lo ocurrido.</li> <li>-NEGACIÓN del problema.</li> <li>-DISTRACCIÓN ignorando el problema.</li> <li>-RETRAIMIENTO / AISLAMIENTO SOCIAL.</li> <li>-Consumo EXCESIVO de ALCOHOL y SUSTANCIAS.</li> </ul>	<p>Diapositiva 4/7</p> <p>Tipos de estrategias de afrontamiento</p> <p><b>ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EMOCIONAL ACTIVO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-DESHAGO de emociones y sentimientos positivos y negativos.</li> <li>-REDEFINIR el problema.</li> <li>-RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS.</li> <li>-Uso del HUMOR.</li> </ul>
<p>Diapositiva 5/7</p> <p>¿Qué estrategias has estado utilizando?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div data-bbox="255 1556 430 1724"> <p><b>ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EMOCIONAL ACTIVO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-DESHAGO emocional.</li> <li>-REDEFINIR el problema.</li> <li>-RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS.</li> <li>-Uso del HUMOR.</li> </ul> </div> <div data-bbox="430 1534 598 1769">  </div> <div data-bbox="606 1556 782 1736"> <p><b>ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EMOCIONAL PASIVO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-CULPABILIZACIÓN por lo ocurrido.</li> <li>-NEGACIÓN del problema.</li> <li>-DISTRACCIÓN.</li> <li>-AISLAMIENTO SOCIAL.</li> <li>-Consumo de ALCOHOL y SUSTANCIAS.</li> </ul> </div> </div>	<p>Diapositiva 6/7</p> <p>Tipos de estrategias de afrontamiento</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div data-bbox="837 1556 1021 1780"> <p><b>ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EMOCIONAL ACTIVO</b></p>  <p>Estrés </p> <p>Tiempo</p> </div> <div data-bbox="1061 1579 1109 1624"> <p>VS</p> </div> <div data-bbox="1133 1556 1324 1780"> <p><b>ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EMOCIONAL PASIVO</b></p>  <p>Estrés </p> <p>Tiempo</p> </div> </div>

## Diapositiva 7/7

## Tipos de estrategias de afrontamiento

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EMOCIONAL **ACTIVO**

-**DESHAGO** de emociones y sentimientos positivos y negativos

(Sesión 2). ✓

-**REDEFINIR** el problema (Sesión 3). ✓

-**RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS** (Sesión 6, 7 y 8).

## Anexo 11. PowerPoint Sesión 4

## Diapositiva 1/15

### Sesión 4. Psicoeducación sobre el ictus y la afasia.

## Diapositiva 2/15

## Concepto de Ictus

El Ictus o Accidente cerebrovascular (ACV) es una enfermedad que altera la circulación sanguínea, afectando a diferentes áreas del cerebro de forma transitoria o permanente.



## Diapositiva 3/15



## ICTUS en España-CV

España: 120.000 casos / año.

40.000 fallecimientos.

CV: 11.500 casos / año.

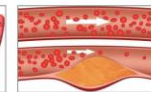
## Diapositiva 4/15

## Tipos de Ictus

## Oclusión



Embolia: obstrucción del vaso sanguíneo por un émbolo.



Trombosis: acumulación de depósitos de grasa en los vasos sanguíneos.

## Hemorragia



Aneurisma: dilatación de un vaso sanguíneo que al romperse causa un sangrado en el cerebro.

## Diapositiva 5/15

## Causas de la Afasia

-Enfermedades cerebro vasculares → **ICTUS**

-Traumatismos craneoencefálicos

-Tumores cerebrales

-Enfermedades infecciosas

-Otras causas...

40%

**AFASIA**

## Diapositiva 6/15

## Concepto de Afasia










TRASTORNO **ADQUIRIDO** DE LA COMUNICACIÓN




Modalidades de lenguaje


















<p><b>Diapositiva 7/15</b></p> <p>Tipos de Afasia ¿Dónde nos encontramos?</p>	<p><b>Diapositiva 8/15</b></p> <p>Fases de recuperación de la Afasia</p> <p>Periodo 3-6-12</p>
<p><b>Diapositiva 9/15</b></p> <p>Tratamiento multidisciplinar</p>	<p><b>Diapositiva 10/15</b></p> <p>¿Qué papel tiene el psicólogo?</p>
<p><b>Diapositiva 11/15</b></p> <p>¿Qué papel tiene el psicólogo?</p>	<p><b>Diapositiva 12/15</b></p> <p>Recursos públicos</p> <p>“Prestación para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales”</p> <p><b>REQUISITOS NECESARIOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Cuidador: cónyuge, hijo/a, padre, madre, parientes consanguíneos.</li> <li>-Residente en la CV.</li> <li>-Asumir compromiso de atención-cuidado de la personas con dependencia (1 año mínimo).</li> <li>-Otros...</li> </ul> <p>Enlace: <a href="http://www.inclusio.gva.es/es/web/dependencia/prestacion-para-cuidados-en-el-entorno-familiar">http://www.inclusio.gva.es/es/web/dependencia/prestacion-para-cuidados-en-el-entorno-familiar</a></p>
<p><b>Diapositiva 13/15</b></p> <p>Recursos socio sanitarios CV</p> <p><b>ATENEU CASTELLÓN</b> Asociació - Fundació Dany Cerebral Adquirit</p> <p><b>DATOS DE INTERÉS</b> Dirección: Calle Antiguo Regimiento Tetuán, Cuadra Tercera, s/n. C.P. 12004 - Castellón Teléfono: 964 24 32 40</p>	<p><b>Diapositiva 14/15</b></p> <p>Recursos socio sanitarios CV</p> <p><b>nueva opción</b></p> <p><b>DATOS DE INTERÉS</b> Dirección: Calle de Greses, 21, 46020 València, Valencia Teléfono: 963 61 20 16</p> <p><b>ASOCIACIÓN DE AFECTADOS DE ICTUS DE LA COMUNIDAD VALENCIANA</b></p> <p><b>DATOS DE INTERÉS</b> Dirección: Local COCEMFE Valencia, Calle de Torres, 12 bajo, 46018 Valencia Teléfono: 722 18 67 86</p>
<p><b>Diapositiva 15/15</b></p> <p>Recursos socio sanitarios CV</p> <p><b>Asociación Daño Cerebral Adquirido</b> Provincia de Alicante</p> <p><b>DATOS DE INTERÉS</b> Dirección: Calle Padre Recaredo de Los Ríos, 52, 03005 Alicante Teléfono: 965 13 39 06</p>	

Anexo 12. PowerPoint Sesión 5

<p>Diapositiva 1/17</p> <p style="text-align: center;"><b>Sesión 5. Dificultades y habilidades comunicativas.</b></p>	<p>Diapositiva 2/17</p> <p style="text-align: center;">Fractura de la comunicación</p> 
<p>Diapositiva 3/17</p> <p style="text-align: center;">¿Cómo mejorar la comunicación?</p> <p style="text-align: center;">¿Cuáles? Canales de comunicación</p> <p style="text-align: center;"><b>COMUNICACIÓN</b></p> <p style="text-align: center;">Habilidades comunicativas ¿Cuáles?</p> 	<p>Diapositiva 4/17</p> <p style="text-align: center;">Tipos de Afasia ¿Dónde nos encontramos?</p> <p style="text-align: center;">¿ANOMIA?</p> 
<p>Diapositiva 5/17</p> <p style="text-align: center;">Canales de comunicación disponibles</p>  <p style="text-align: center;">MENSAGE</p> <p style="text-align: center;">Modalidad de comunicación <b>DISPONIBLE</b>    Modalidad de comunicación <b>NO DISPONIBLE</b></p>	<p>Diapositiva 6/17</p> <p style="text-align: center;">Habilidades comunicativas</p> <p style="text-align: center;">TÉCNICAS DE <b>COMUNICACIÓN VERBAL</b></p> <p style="text-align: center;">TÉCNICAS DE <b>COMUNICACIÓN NO VERBAL</b></p> 
<p>Diapositiva 7/17</p> <p style="text-align: center;">Entrenamiento en comunicación no verbal</p> <p style="text-align: center;">CARACTERÍSTICAS <b>POSTURA CORPORAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-EVITAR miradas de apremio – prisas.</li> <li>-EVITAR realizar otras actividades durante la conversación (estar atento al lenguaje y gestualidad del interlocutor).</li> <li>-Mantener contacto ocular <b>MOSTRANDO INTERÉS</b>.</li> <li>-Apoyarse en la <b>SEÑALIZACIÓN</b> para facilitar la comprensión.</li> </ul> 	<p>Diapositiva 8/17</p> <p style="text-align: center;">Entrenamiento en comunicación no verbal</p> <p style="text-align: center;">CARACTERÍSTICAS <b>PARAVERBALES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Vocalizaciones <b>CLARAS</b>.</li> <li>-Tono y volumen de la voz <b>COMPRESIVO SIN EXAGERACIONES O INFANTILIZACIONES</b>.</li> <li>-Ritmo de habla <b>PAUSADO</b>.</li> </ul> 
<p>Diapositiva 9/17</p> <p style="text-align: center;">Entrenamiento en comunicación verbal</p> <p style="text-align: center;">ESTRATEGIAS DE <b>ESCUCHA ACTIVA</b></p> <p><b>PARAFRASEO</b>. Repetir el mensaje de la persona con afasia.</p> <p><b>-Feedback</b>: Como señal de que has entendido el mensaje. P.A: Paella Coca Cola. C/F: Vale pues te pido una de paella y de beber Coca Cola.</p> <p><b>-Estrategias de comprobación</b>: Repetir el mensaje de forma interrogativa como confirmación. P.A: Comer paella malva(?)osa. C/F: ¿Quieres comer una paella en la Malvarrosa?</p>	<p>Diapositiva 10/17</p> <p style="text-align: center;">Entrenamiento en comunicación verbal</p> <p style="text-align: center;">ESTRATEGIAS DE <b>COMUNICACIÓN EXPRESIVA</b></p> <p><b>VERIFICAR EL ITINERARIO TEMÁTICO</b>. Verificar la comprensión de tu mensaje con preguntas (¿Me sigues?, ¿Lo entiendes?, ¿Lo ves bien o mal?... ) Mala comprensión = se reformula información.</p> <p>C/F: Hoy iremos a casa Joaquín pero antes pasamos por el supermercado a comprar fruta y luego a casa de Joaquín. C/F: Primero vamos a Mercadona a comprar fruta y luego a casa de Joaquín.</p> <p>fruta. ¿Te parece bien? P/A: (...)  ¿Te parece bien? P/A: </p>

<p>Diapositiva 11/17</p> <p>Entrenamiento en comunicación verbal</p> <p>ESTRATEGIAS DE <b>COMUNICACIÓN EXPRESIVA</b></p> <p><b>PREGUNTAS POLARES O DE INVENTARIO CERRADO.</b></p> <p>-Preguntar hechos específicos. C/F: ¿Cómo ha ido el día? ❌</p> <p>-Preguntas de sí / no. C/F: ¿Has ido a misa? ✅</p> <p>-Preguntas con varias alternativas. C/F: ¿Qué quieres tomar? ❌</p> <p>C/F: ¿Qué te apetece tomar: agua, cerveza o Coca Cola? ✅</p>	<p>Diapositiva 12/17</p> <p>Entrenamiento en comunicación verbal</p> <p>ESTRATEGIAS DE <b>COMUNICACIÓN EXPRESIVA</b></p> <p><b>PAUSAS DISCURSIVAS + FRASES CORTAS + 1 IDEA/FRASE.</b></p> <p>Acortar parcelas de información. <b>1 PAUSA = CONTAR HASTA 5</b></p> <p>C/F: Ahora cuando te acabes la fruta, te ayudo a ponerte el abrigo y nos vamos a dar una vuelta por Viveros, y cuando estemos cansados llamo a Luis y que acuda a recogerlos con el coche, ¿eh? ❌</p> <p>C/F: Cuando acabes la fruta, salimos a dar un paseo. <b>PAUSA</b> Vamos a dar una vuelta por Viveros. <b>PAUSA</b> Luego, cuando estemos cansados, llamo a Luis. <b>PAUSA</b> Y que Luis nos recoja con el coche, ¿eh? <b>PAUSA</b> ✅</p>
<p>Diapositiva 13/17</p> <p>Entrenamiento en comunicación asertiva</p> <p>GESTIÓN <b>AYUDAS COMUNICATIVAS</b></p> <p><b>NORMALIZAR</b> las ayudas. Balance <b>CAPACIDADES</b> vs <b>EXIGENCIAS</b> comunicativas. ¿Avances en <b>LOGOPEDIA</b>? <b>VOLUNTAD</b> pareja/familiar.</p> <p><b>COM.ASERTIVA</b> Evitar <b>DESCALIFICACIONES / REPROCHES</b></p> <p>Anomia Dificultades de producción Problemas de comprensión</p> <p><b>SITUACIONES DE RIEGO COMUNICATIVA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pedir en un restaurante.</li> <li>-Conservación con un vecino.</li> <li>-Una cena con amigos.</li> <li>-Salir a hacer la compra.</li> </ul>	<p>Diapositiva 14/17</p> <p>Entrenamiento en comunicación asertiva</p> <p><b>TENSIÓN FLOTANTE.</b> Ignorar la <b>FORMA</b> del mensaje (gestos de enfado) y atender al <b>CONTENIDO</b> del mensaje.</p> <p><b>DISCO RAYADO.</b> Ante problemas de comprensión, producir el mensaje variando el contenido <b>EVITANDO: CAMBIOS DE TONO, EXAGERACIONES, mostrar FRUSTRACIÓN...</b></p> <p><b>BANCO DE NIEBLA.</b> Ante discrepancias en la gestión pública de las ayudas comunicativas <b>HAYQUE MANETENER LA CALMA SIN ENFADARNOS.</b></p> <p><b>ACUERDO ASERTIVO.</b> Ante discrepancias en la gestión pública de las ayudas comunicativas <b>SABER CUANDO NO AYUDAR</b> aunque queramos.</p>
<p>Diapositiva 15/17</p> <p>Practicar la comunicación verbal y no verbal</p>  <p>CONVERSACIÓN EN UN BAR</p>	<p>Diapositiva 16/17</p> <p>Practicar la comunicación verbal y no verbal</p>  <p>SESIÓN DE LOGOPEDIA</p>
<p>Diapositiva 17/17</p> <p>Practicar la comunicación verbal y no verbal</p>  <p>LA COMPRA EN EL SUPER</p>	

## Anexo 13. PowerPoint Sesión 6

<p>Diapositiva 1/10</p> <p><b>Sesión 6. Módulo I. Definición del problema, establecimiento de metas y generación de soluciones alternativas.</b></p>	<p>Diapositiva 2/10</p> <p>¿Cómo definimos un problema?</p> <p>CARACTERÍSTICAS <b>IMPORTANTES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ser <b>ESPECÍFICO</b> y <b>CONCRETO</b> en las definiciones.</li> <li>-Evitar definiciones <b>AMBIGUAS</b>.</li> <li>-<b>IMAGINACIÓN</b>.</li> <li>-Saber diferenciar entre: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Problema <b>PRIMARIO</b> vs <b>SECUNDARIO</b>.</li> <li>-Información <b>REVELVANTE</b> vs <b>NO RELEVANTE</b>.</li> <li>-Información <b>SESGADA</b> vs <b>VERAZ</b>.</li> </ul> </li> </ul>
<p>Diapositiva 3/10</p> <p>¿Cómo definimos un problema?</p> <p>AMPARO (56 años): “No paro de discutir con mi marido cuando estamos juntos en casa, son todo broncas y más broncas por culpa de la floristería, estoy harta.” </p> <p>AMPARO (56 años): “Mi marido y yo tenemos una floristería. Se hace más difícil llevarla sola, todo lo que es ir al mercado, cargar las flores en la furgoneta, hacer el inventario, llevar las cuentas...” </p>	<p>Diapositiva 4/10</p> <p>¿Cómo definimos un problema?</p> <p>ANTONIO (67 años): “Tengo una empresa de persianas y me es imposible organizarme para llevar a mi mujer a todos los sitios (asociación, sesiones de logopedia, fisioterapia...)”  <b>SOBREPROTECCIÓN</b></p> <p>ANTONIO (67 años): “Las sesiones de rehabilitación de mi mujer son por las mañanas principalmente. La mayor parte de las instalaciones son por la mañana, entonces no se cómo organizarme para trabajar e ir a rehabilitación” </p>
<p>Diapositiva 5/10</p> <p>Establecimiento de metas</p> <p>CARACTERÍSTICAS <b>IMPORTANTES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ser <b>ESPECÍFICO</b> y <b>CONCRETO</b> en las definiciones.</li> <li>-Evitar metas <b>NO REALISTAS</b> o <b>IMPROBABLES</b>.</li> <li>-Objetivos de las metas: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Cambiar un problema.    -Adaptarse a una situación.</li> <li>-Superar un obstáculo.    -Combinaciones de varios objetivos.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Diapositiva 6/10</p> <p>Establecimiento de metas</p> <p>AMPARO (56 años):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Vender la floristería y buscar un trabajo que no conlleve tantas obligaciones. </li> <li>-Aprender a <b>GESTIONAR LA FLORISTERÍA</b> sin que mi marido esté tan implicado en el trabajo. </li> <li>-Que la floristería <b>DEJE DE SER UNA CARGA Y UN ESTRÉS</b> en mi día a día afectando a la relación con mi marido. </li> </ul>
<p>Diapositiva 7/10</p> <p>Establecimiento de metas</p> <p>ANTONIO (67 años) ¿Es necesario llevar y recoger a mi mujer de todos lo sitios? ¿Puede ser más independiente?:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Cambiar de trabajo a uno más flexible con las necesidades de mi mujer. </li> <li>-No sobreproteger a mi mujer. </li> <li>-Que mi mujer sea más independiente y vaya a sola a terapia, la asociación o donde quiera.</li> </ul>	<p>Diapositiva 8/10</p> <p>Generación de soluciones alternativas</p> <p>CARACTERÍSTICAS <b>IMPORTANTES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ser <b>ESPECÍFICO</b> y <b>CONCRETO</b> en las definiciones.</li> <li>-<b>LLUVIDA DE IDEAS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Prima la <b>CANTIDAD</b>.</li> <li>-Libre de <b>CRÍTICA</b>.</li> <li>-Soluciones <b>CREATIVAS</b> y <b>VARIADAS</b>.</li> </ul> </li> </ul> <p>MODIFICACIÓN COMBINACIÓN IMAGINACIÓN</p>
<p>Diapositiva 9/10</p> <p>Generación de soluciones alternativas</p> <p>AMPARO (56 años):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Contratar a un empleado a media jornada que te ayude con los trabajos más físicos (ir al mercado, cargar la furgoneta, ordenar el almacén...). </li> <li>-<b>PEDIRLE AYUDA PUNTUAL A MIS 2 HIJOS</b> para que te ayuden los días con más trabajo (días de mercado, San Valentín, el día de la madre...). </li> <li>-<b>ASIGNARLE A MI MARIDO TAREAS</b> de poco esfuerzo físico y adaptadas a su nivel de lenguaje. </li> </ul>	<p>Diapositiva 10/10</p> <p>Generación de soluciones alternativas</p> <p>ANTONIO (67 años) ¿Es necesario llevar y recoger a mi mujer de todos lo sitios? ¿Puede ser más independiente?:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>LLEVAR A MI MUJER SOLO A LA ASOCIACIÓN</b> hasta que se familiarice con el transporte público. </li> <li>-Que mi mujer aprenda a <b>UTILIZAR EL TRANSPORTE PÚBLICO</b> en logopedia. </li> <li>-Logopedia y fisioterapia a domicilio. </li> </ul>

## Anexo 14. PowerPoint Sesión 7

<p>Diapositiva 1/6</p> <p style="text-align: center;"><b>Sesión 7. Módulo II. Toma de decisiones y planificación de soluciones.</b></p>	<p>Diapositiva 2/6</p> <p style="text-align: center;">¿Cómo tomar una decisión?</p> <p style="text-align: center;">¿Resuelve esta solución el problema?</p> <p style="text-align: center;">¿Puede llevarse a cabo?</p> <p style="text-align: center;">¿Qué efectos tienen sobre <b>MI MISMO</b> a corto-largo plazo?</p> <p style="text-align: center;">¿Qué efectos tienen sobre <b>LOS DEMÁS</b> a corto-largo plazo?</p> <p style="text-align: center;">-5   -4   -3   -2   -1   +1   +2   +3   +4   +5 Extremadamente insatisfactoria   Moderadamente insatisfactoria   Algo insatisfactoria   Algo satisfactoria   Moderadamente satisfactoria   Extremadamente satisfactoria</p>																																								
<p>Diapositiva 3/6</p> <p style="text-align: center;">¿Cómo tomar una decisión?</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="5">AMPARO (56 AÑOS)</th> </tr> <tr> <th>SOLUCIONES</th> <th>¿RESUELVE SITUACIÓN?</th> <th>¿VIABILIDAD?</th> <th>CONSEC. PARA MI</th> <th>CONSEC. RESTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pedir ayuda a mis hijos.</td> <td>-Reduce la carga de trabajo. -Mejora la relación con mi marido.</td> <td>-Valorar disponibilidad horaria de mis hijos.</td> <td>-Menor carga de trabajo. -Mejor estado de ánimo.</td> <td>-Menos tiempo para ellos. -Mejorar la relación de pareja. -Aumenta su competencia.</td> </tr> <tr> <td>Tareas adaptadas a mi marido (carga física y lenguaje preservado).</td> <td></td> <td>-Reunirme con la logopeda para adaptar mi entorno laboral a mi marido.</td> <td>-Mejor relación con mi marido.</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	AMPARO (56 AÑOS)					SOLUCIONES	¿RESUELVE SITUACIÓN?	¿VIABILIDAD?	CONSEC. PARA MI	CONSEC. RESTO	Pedir ayuda a mis hijos.	-Reduce la carga de trabajo. -Mejora la relación con mi marido.	-Valorar disponibilidad horaria de mis hijos.	-Menor carga de trabajo. -Mejor estado de ánimo.	-Menos tiempo para ellos. -Mejorar la relación de pareja. -Aumenta su competencia.	Tareas adaptadas a mi marido (carga física y lenguaje preservado).		-Reunirme con la logopeda para adaptar mi entorno laboral a mi marido.	-Mejor relación con mi marido.		<p>Diapositiva 4/6</p> <p style="text-align: center;">¿Cómo tomar una decisión?</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="5">ANTONIO (67 AÑOS)</th> </tr> <tr> <th>SOLUCIONES</th> <th>¿RESUELVE SITUACIÓN?</th> <th>¿VIABILIDAD?</th> <th>CONSEC. PARA MI</th> <th>CONSEC. RESTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Llevar a mi mujer solo a la asociación (solución temporal).</td> <td>-Compartibilizar la rehabilitación de mi mujer con mi trabajo</td> <td>-Puedo retrasarme 1 hora los días que mi mujer tienen que ir a la asociación</td> <td>-Poder compatibilizar la rehabilitación de mi mujer con mi trabajo.</td> <td>-Mayor independencia y autonomía para mi mujer.</td> </tr> <tr> <td>Que mi mujer aprenda a utilizar el transporte público.</td> <td></td> <td>-Reunirme con la logopeda para trabajar el uso del transporte público. -Ensayar el desplazamiento en transporte público con mi mujer.</td> <td>-Mejor relación con mi mujer.</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ANTONIO (67 AÑOS)					SOLUCIONES	¿RESUELVE SITUACIÓN?	¿VIABILIDAD?	CONSEC. PARA MI	CONSEC. RESTO	Llevar a mi mujer solo a la asociación (solución temporal).	-Compartibilizar la rehabilitación de mi mujer con mi trabajo	-Puedo retrasarme 1 hora los días que mi mujer tienen que ir a la asociación	-Poder compatibilizar la rehabilitación de mi mujer con mi trabajo.	-Mayor independencia y autonomía para mi mujer.	Que mi mujer aprenda a utilizar el transporte público.		-Reunirme con la logopeda para trabajar el uso del transporte público. -Ensayar el desplazamiento en transporte público con mi mujer.	-Mejor relación con mi mujer.	
AMPARO (56 AÑOS)																																									
SOLUCIONES	¿RESUELVE SITUACIÓN?	¿VIABILIDAD?	CONSEC. PARA MI	CONSEC. RESTO																																					
Pedir ayuda a mis hijos.	-Reduce la carga de trabajo. -Mejora la relación con mi marido.	-Valorar disponibilidad horaria de mis hijos.	-Menor carga de trabajo. -Mejor estado de ánimo.	-Menos tiempo para ellos. -Mejorar la relación de pareja. -Aumenta su competencia.																																					
Tareas adaptadas a mi marido (carga física y lenguaje preservado).		-Reunirme con la logopeda para adaptar mi entorno laboral a mi marido.	-Mejor relación con mi marido.																																						
ANTONIO (67 AÑOS)																																									
SOLUCIONES	¿RESUELVE SITUACIÓN?	¿VIABILIDAD?	CONSEC. PARA MI	CONSEC. RESTO																																					
Llevar a mi mujer solo a la asociación (solución temporal).	-Compartibilizar la rehabilitación de mi mujer con mi trabajo	-Puedo retrasarme 1 hora los días que mi mujer tienen que ir a la asociación	-Poder compatibilizar la rehabilitación de mi mujer con mi trabajo.	-Mayor independencia y autonomía para mi mujer.																																					
Que mi mujer aprenda a utilizar el transporte público.		-Reunirme con la logopeda para trabajar el uso del transporte público. -Ensayar el desplazamiento en transporte público con mi mujer.	-Mejor relación con mi mujer.																																						
<p>Diapositiva 5/6</p> <p style="text-align: center;">¿Cómo tomar una decisión?</p> <p style="text-align: center;">¿Existe una solución <b>SATISFACTORIA</b>?</p> <p style="text-align: center;">¿Qué <b>SOLUCIÓN</b> o <b>COMBINACIÓN DE SOLUCIONES</b> elijo?</p> <p style="text-align: center;">¿Necesito <b>MÁS INFORMACIÓN</b> para decidir?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 2px solid yellow; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; background-color: yellow; color: red; font-weight: bold; font-size: 24px; margin: 5px;">A</div> <div style="border: 2px solid green; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; background-color: yellow; color: green; font-weight: bold; font-size: 24px; margin: 5px;">B</div> <div style="border: 2px solid red; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; background-color: yellow; color: red; font-weight: bold; font-size: 24px; margin: 5px;">C</div> </div>	<p>Diapositiva 6/6</p> <p style="text-align: center;">¿Cómo planificamos la solución?</p> <p style="text-align: center;">SITUACIÓN A <span style="color: red; font-size: 24px;">→</span> SITUACIÓN B</p> <p style="text-align: center; color: red;">¿QUÉ hay que <b>HACER</b>?</p> <p style="text-align: center; color: red;">¿QUÉ <b>ORDEN</b> hay que seguir?</p> <p style="text-align: center; color: red;">¿CÓMO? ¿CUÁNDO? ¿Con <b>QUIÉN</b>?</p> <p style="text-align: center; color: red;">¿Posibles <b>OBSTÁCULOS</b>?</p>																																								

## Anexo 15. PowerPoint Sesión 8

<p>Diapositiva 1/4</p> <p style="text-align: center;"><b>Sesión 8. Módulo III.</b></p> <p style="text-align: center;">Verificación de los resultados y prevención de recidivas.</p>	<p>Diapositiva 2/4</p> <p style="text-align: center;">¿Cómo evaluo los resultados?</p> <p style="text-align: center;"><b>VALORACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS</b></p> <p style="text-align: center;">¿Cómo ha ido la ejecución de la solución? ¿Obstáculos?</p> <p style="text-align: center;">¿Qué efectos tienen sobre <b>MI MISMO</b> a corto-largo plazo? ¿Cómo me siento?</p> <p style="text-align: center;">¿Qué efectos tienen sobre <b>LOS DEMÁS</b> a corto-largo plazo?</p> <p style="text-align: center;">¿He alcanzado la <b>META PROPUESTA</b>?</p> <p style="text-align: center;">-5   -4   -3   -2   -1   +1   +2   +3   +4   +5 Extremadamente insatisfactoria   Moderadamente insatisfactoria   Algo insatisfactoria   Algo satisfactoria   Moderadamente satisfactoria   Extremadamente satisfactoria</p>
---	--

Diapositiva 3/4					Diapositiva 4/4				
SOLUCIONES A VALORAR	¿Cómo ha ido la ejecución de la solución? ¿Obstáculos?	Efectos sobre mí. ¿Cómo me siento?	Efectos sobre los demás. ¿Cómo se sienten?	¿He alcanzado la meta propuesta?	<p>¿Hacemos un resumen?</p> <p><b>PASO A PASO</b></p> <p>Paso 1: Definimos el problema = <b>ESPECÍFICO / CONCRETO</b></p> <p>Paso 2: Establecemos las metas = <b>REALISTAS / ALCANZABLES</b></p> <p>Paso 3: Posibles soluciones = <b>CONCRETAS / CREATIVAS / VARIADAS</b></p> <p>Paso 4: Toma de decisiones = <b>CONSECUENCIAS UNO MISMO / DEMÁS</b></p> <p>Paso 5: Planifica la solución = <b>PASO A PASO ¿QUIÉN? ¿CÓMO? ¿CUÁNDO?</b></p> <p>Paso 6: Evaluamos los resultados = <b>¿META ALCANZADA? ¿CONSECUENCIAS?</b></p>				
Situación A:									
Situación B:									
Situación C:									

**Anexo 16. PowerPoint Sesión 9**

Diapositiva 1/6		Diapositiva 2/6																																																												
<p><b>Sesión 9. Búsqueda de actividades agradables.</b></p>		<p>Consecuencias del estrés en cuidadores</p>																																																												
Diapositiva 3/6		Diapositiva 4/6																																																												
<p>¿Cómo hacer una lista de actividades agradables?</p> <p><b>CARACTERÍSTICAS IMPORTANTES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Actividades <b>REALISTAS</b>.</li> <li>-Actividades <b> NUEVAS</b> que nunca he hecho.</li> <li>-<b>RETOMAR</b> hobbies-aficiones abandonadas tras el ictus.</li> <li>-<b>PEQUEÑAS</b> (tomar un café, leer el periódico...) vs <b>GRANDES</b> (salir al cine, cenar con familiares amigos...).</li> </ul> <p>POSIBLES ACTIVIDADES + NIVEL DE VIABILIDAD + NIVEL DE SATISFACCIÓN = LISTADO ACTIVIDADES</p>		<table border="1"> <thead> <tr> <th>CUIDADOR</th> <th>POSIBLES ACTIVIDADES</th> <th>NIVEL DE VIABILIDAD</th> <th>GRADO DE SATISFACCIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">MANUELA (44 AÑOS)</td> <td>Aprender a tocar la guitarra.</td> <td>Tengo la guitarra de mi padre (0 gastos). Dedicar una hora por los miércoles a aprender a tocarla con tutoriales de Youtube.</td> <td>++++</td> </tr> <tr> <td>Ir los miércoles al cine.</td> <td>No me gusta ir al cine sola. Y no recuerdo dónde es cine los días de guardia.</td> <td>++</td> </tr> <tr> <td>Ir a clases de teatro.</td> <td>Es una actividad que consume mucho tiempo e implicaría (clases de teatro, ensayos, cenas de teatro...)</td> <td>++++</td> </tr> <tr> <td>Salir a correr por la huerta.</td> <td>Solo a veces de 20'15 a 20'45 nada más volver de las sesiones de logopedia. Concha y Fran también salen a correr a esa hora.</td> <td>+++</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">ÁNGEL (53 AÑOS)</td> <td>Apuntarme a clases de pintura.</td> <td>Academia de pintura quepa comprar materiales de pintura y los clases duran 1 hora y media (demanda gastos + tiempo).</td> <td>+++</td> </tr> <tr> <td>Hacer natación en la piscina municipal.</td> <td>Las horas de baño que tengo libres coinciden con las horas de los cursos de natación infantil. Es una actividad de la que me acababa aburriendo.</td> <td>++</td> </tr> <tr> <td>Hacer ciclismo los sábados.</td> <td>Hacer ciclismo los sábados por la mañana de 9:30 a 12:30. Los sábados no tengo trabajo o sesiones de log.</td> <td>++++</td> </tr> <tr> <td>Leerme la saga de Juegos de Tronos.</td> <td>Leer después de cenar de 22:30 a 23:30 entre sesiones. Leer en el metro de camino al trabajo.</td> <td>+++</td> </tr> </tbody> </table>		CUIDADOR	POSIBLES ACTIVIDADES	NIVEL DE VIABILIDAD	GRADO DE SATISFACCIÓN	MANUELA (44 AÑOS)	Aprender a tocar la guitarra.	Tengo la guitarra de mi padre (0 gastos). Dedicar una hora por los miércoles a aprender a tocarla con tutoriales de Youtube.	++++	Ir los miércoles al cine.	No me gusta ir al cine sola. Y no recuerdo dónde es cine los días de guardia.	++	Ir a clases de teatro.	Es una actividad que consume mucho tiempo e implicaría (clases de teatro, ensayos, cenas de teatro...)	++++	Salir a correr por la huerta.	Solo a veces de 20'15 a 20'45 nada más volver de las sesiones de logopedia. Concha y Fran también salen a correr a esa hora.	+++	ÁNGEL (53 AÑOS)	Apuntarme a clases de pintura.	Academia de pintura quepa comprar materiales de pintura y los clases duran 1 hora y media (demanda gastos + tiempo).	+++	Hacer natación en la piscina municipal.	Las horas de baño que tengo libres coinciden con las horas de los cursos de natación infantil. Es una actividad de la que me acababa aburriendo.	++	Hacer ciclismo los sábados.	Hacer ciclismo los sábados por la mañana de 9:30 a 12:30. Los sábados no tengo trabajo o sesiones de log.	++++	Leerme la saga de Juegos de Tronos.	Leer después de cenar de 22:30 a 23:30 entre sesiones. Leer en el metro de camino al trabajo.	+++																													
CUIDADOR	POSIBLES ACTIVIDADES	NIVEL DE VIABILIDAD	GRADO DE SATISFACCIÓN																																																											
MANUELA (44 AÑOS)	Aprender a tocar la guitarra.	Tengo la guitarra de mi padre (0 gastos). Dedicar una hora por los miércoles a aprender a tocarla con tutoriales de Youtube.	++++																																																											
	Ir los miércoles al cine.	No me gusta ir al cine sola. Y no recuerdo dónde es cine los días de guardia.	++																																																											
	Ir a clases de teatro.	Es una actividad que consume mucho tiempo e implicaría (clases de teatro, ensayos, cenas de teatro...)	++++																																																											
	Salir a correr por la huerta.	Solo a veces de 20'15 a 20'45 nada más volver de las sesiones de logopedia. Concha y Fran también salen a correr a esa hora.	+++																																																											
ÁNGEL (53 AÑOS)	Apuntarme a clases de pintura.	Academia de pintura quepa comprar materiales de pintura y los clases duran 1 hora y media (demanda gastos + tiempo).	+++																																																											
	Hacer natación en la piscina municipal.	Las horas de baño que tengo libres coinciden con las horas de los cursos de natación infantil. Es una actividad de la que me acababa aburriendo.	++																																																											
	Hacer ciclismo los sábados.	Hacer ciclismo los sábados por la mañana de 9:30 a 12:30. Los sábados no tengo trabajo o sesiones de log.	++++																																																											
	Leerme la saga de Juegos de Tronos.	Leer después de cenar de 22:30 a 23:30 entre sesiones. Leer en el metro de camino al trabajo.	+++																																																											
Diapositiva 5/6		Diapositiva 6/6																																																												
<p>¿Cómo compaginar tiempo libre y obligaciones?</p> <p><b>CARACTERÍSTICAS IMPORTANTES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Realizar 2 actividades <b>DIARIAS</b>.</li> <li>-Realizar 1 actividad <b>GRANDE SEMANAL</b>.</li> <li>-¿Qué hacer? +¿Cómo? + ¿Cuándo?</li> </ul> <p>Amparo (56 años): "Ir a clases de teatro de 18:00 a 19:30 los miércoles, mientras mi pareja hace logopedia y fisioterapia."</p>		<table border="1"> <thead> <tr> <th>CUIDADOR</th> <th>DOMINGO</th> <th>LUNES</th> <th>MARTES</th> <th>MIÉRCOLES</th> <th>JUEVES</th> <th>VIERNES</th> <th>SÁBADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="4">MANUELA (44 AÑOS)</td> <td></td> <td>GUITARRA 10:30-11:30</td> <td></td> <td>GUITARRA 10:30-11:30</td> <td></td> <td></td> <td>GUITARRA 10:30-11:30</td> </tr> <tr> <td>TAPEO PLAYA 12:30-13:45</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>CORRER 20:15-20:45</td> <td>CORRER 20:15-20:45</td> <td>CORRER 20:15-20:45</td> <td>SERIE NETFLIX 22:00-23:00</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">ÁNGEL (53 AÑOS)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>CAÑA EN EL BAR 13:30-14:00</td> <td></td> <td></td> <td>BICICLETA 9:30-12:30</td> </tr> <tr> <td>CINE 17:00-20:00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>LEER J TRO 22:30-23:30</td> <td>LEER J TRO 22:30-23:30</td> <td></td> <td>LEER J TRO 22:30-23:30</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		CUIDADOR	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	MANUELA (44 AÑOS)		GUITARRA 10:30-11:30		GUITARRA 10:30-11:30			GUITARRA 10:30-11:30	TAPEO PLAYA 12:30-13:45								CORRER 20:15-20:45	CORRER 20:15-20:45	CORRER 20:15-20:45	SERIE NETFLIX 22:00-23:00										ÁNGEL (53 AÑOS)				CAÑA EN EL BAR 13:30-14:00			BICICLETA 9:30-12:30	CINE 17:00-20:00								LEER J TRO 22:30-23:30	LEER J TRO 22:30-23:30		LEER J TRO 22:30-23:30		
CUIDADOR	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO																																																							
MANUELA (44 AÑOS)		GUITARRA 10:30-11:30		GUITARRA 10:30-11:30			GUITARRA 10:30-11:30																																																							
	TAPEO PLAYA 12:30-13:45																																																													
		CORRER 20:15-20:45	CORRER 20:15-20:45	CORRER 20:15-20:45	SERIE NETFLIX 22:00-23:00																																																									
ÁNGEL (53 AÑOS)				CAÑA EN EL BAR 13:30-14:00			BICICLETA 9:30-12:30																																																							
	CINE 17:00-20:00																																																													
		LEER J TRO 22:30-23:30	LEER J TRO 22:30-23:30		LEER J TRO 22:30-23:30																																																									

**Anexo 17. Actividad 1. Entrevista “Aceptación de la realidad del ictus y la afasia”.**

**Indicaciones para el terapeuta:** Esta entrevista es de tipo semiestructurada, no siendo obligatorio ceñirse única y exclusivamente a las preguntas redactadas. La entrevista ha sido diseñada con el propósito de **revivir el momento del ictus y las consecuencias** que ha tenido para el cuidador y/o familiar, ayudándole a aceptar esta nueva realidad. El terapeuta debe **rastrear todas aquellas emociones que van asociadas a un duelo social (ira, culpa, ansiedad/desamparo y tristeza)**, ayudando al cuidador y/o familiar a canalizarlas y dirigirlas de una forma eficaz.

*Datos personales.*

Nombre cuidador/familiar: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombre persona cuidada: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Diagnóstico:

*Bloque I. Revivir el momento del ictus.*

1. ¿Cuándo sufrió el ictus tu pareja/familiar?
2. ¿Dónde estabas en el momento que ocurrió?
3. ¿Cómo te enteraste de que había sufrido un ictus?
4. ¿Qué te dijo el neurólogo cuando llegaste al hospital?
5. ¿Cuándo fue la primera vez que pudiste ver a tu pareja/familiar?
6. ¿Pudiste hablar con él? ¿Cómo era su forma de comunicarse?
7. ¿Cuánto duró el proceso de hospitalización? ¿Qué te dijeron los médicos?
8. ¿Durante el proceso de hospitalización te pudo acompañar algún familiar o amigo?

*Bloque II. Relación interpersonal con la persona con afasia.*

1. ¿Cómo fue el proceso de traslado desde el hospital hasta vuestra residencia?
2. ¿Qué tipo de información os proporcionó el hospital cuando le dieron el alta a tu pareja/familiar?
3. ¿Cómo sientes la relación con tu pareja/familiar? ¿Crees que ha cambiado mucho?
4. ¿Cómo definirías tu relación de pareja/familiar?
5. ¿Qué tipo de conversaciones tenéis? ¿Sobre qué temas habláis?
6. ¿Qué dificultades has encontrado a la hora de comunicarte con tu pareja/familiar?
7. ¿Tu pareja/familiar sigue algún tratamiento de logopedia? ¿Qué indicaciones te ha dado el logopeda?
8. ¿Conoces de la existencia de recursos económicos o asistenciales públicos o privados?

*Bloque III. Consecuencias en el funcionamiento diario.*

1. ¿Cómo afecta la afasia en tu día a día?
2. ¿Qué cosas has dejado de hacer a raíz de la afasia?

3. ¿Tienes problemas para organizarte a la hora de compaginar los cuidados con tu trabajo?
4. ¿Te sientes apoyada por tu familia o amigos? ¿Has podido hablar todo lo ocurrido con alguien?
5. ¿Cómo ha afectado la afasia a tu esfera social? ¿Habéis perdido el contacto con tus amigos o familiares?
6. ¿Qué haces en tu tiempo libre?

*Bloque IV. Hábitos saludables: Higiene del sueño, alimentación y deporte.*

1. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?
2. ¿Suele despertarse entre horas en mitad de la noche?
3. ¿Toma algún tipo de medicamento o infusión para dormir?
4. ¿Cómo era su horario de sueño antes del ictus?
5. ¿Notas que ha habido un cambio sustancial en tu alimentación?
6. Explícame qué tomaste ayer para desayunar-comer y cenar. ¿Es lo habitual en tu alimentación?
7. ¿Sueles picotear entre horas?
8. ¿Sales con frecuencia a comer/cenar a bares o restaurantes? ¿Y antes del ictus?

9. ¿Practica usted algún tipo de deporte diario?

*Bloque V. Expectativas con el programa de intervención.*

1. ¿Por qué decidiste participar en este programa?
2. ¿En qué crees que te puede ayudar este programa de cara a tu situación actual?

**Anexo 18. Actividad 5 Desarrollo de un problema.**

<b>Definición del problema</b>	<b>Posibles metas</b>	<b>Posibles soluciones</b>

**Anexo 19. Actividad 6 Tomar decisiones**

<b>Soluciones</b>	<b>¿Resuelve la situación?</b>	<b>¿Viabilidad?</b>	<b>Consecuencias para mi</b>	<b>Consecuencias para los demás</b>

**Anexo 20. Actividad 7 Planificar soluciones.**

<b>Situación</b>	<b>¿Qué hacer?</b>	<b>¿Cómo?</b>	<b>¿Cuándo?</b>	<b>¿Con quién?</b>	<b>¿Obstáculos?</b>

**Anexo 21. Actividad 8 Evaluando los resultados.**

<b>Situación</b>	<b>¿Resultados?</b>	<b>¿Cómo me siento?</b>	<b>¿Cómo se sienten los demás?</b>	<b>¿Meta alcanzada?</b>

**Anexo 22. Actividad 9 Lluvia de ideas.**

<b>Posibles actividades</b>	<b>Nivel de viabilidad</b>	<b>Grado de satisfacción</b>

**Anexo 23. Actividad 10 Calendario de actividades.**

<b>LUNES</b>	<b>MARTES</b>	<b>MIÉRCOLES</b>	<b>JUEVES</b>	<b>VIERNES</b>	<b>SÁBADO</b>

## **Anexo 24. Actividad 11 Entrevista “Valoración cualitativa del programa”.**

**Indicaciones para el terapeuta:** Esta entrevista es de tipo semiestructurada, no siendo obligatorio ceñirse única y exclusivamente a las preguntas redactadas. La entrevista ha sido diseñada con el propósito de que **cuidador y/o familiares valoren la calidad y funcionalidad de los aprendizajes realizados**. Las valoraciones de los clientes serán de utilidad para el clínico a la hora de **detectar posibles defectos o carencias del programa**, de forma, que pueda realizar las modificaciones pertinentes de cara a futuras aplicaciones.

*Datos personales.*

Nombre cuidador/familiar: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Nombre persona cuidada: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Diagnóstico:

*Bloque I. Asesoramiento psicológico en el duelo.*

¿Cómo veía su relación de pareja/familiar con la persona con afasia antes de iniciar el programa?

¿Cómo percibe su relación actualmente? ¿Ha cambiado en algo? Si es así, ¿Podría especificar en qué aspectos?

¿Cómo se percibe a usted y a su pareja/familiar dentro de 1 año?

*Bloque II. Afasia y comunicación.*

¿Se sentía desinformado una vez que trasladaron a su pareja/familiar del hospital a su domicilio?

Concretamente ¿Sobre qué aspectos teórico-prácticos le hubiera gustado que le informaran antes de abandonar el hospital?

¿Le ha sido útil la información presentada en la Sesión 4. Conociendo el ictus y la afasia?

¿Considera qué podría mejorarse la información sobre alguna de las áreas temáticas tratadas en la Sesión 4?

¿Ha incorporado algunas de las habilidades comunicativas a la hora de comunicarse con su pareja/familiar? ¿Cuáles le han sido más útiles?

¿Ha percibido algún cambio en la comunicación con su pareja/familiar?

*Bloque III. Resolución de problemas.*

¿Considera que han sido útiles las estrategias aprendidas para la resolución de problemas?

¿Se mantienen los resultados conseguidos en alguno de los problemas abordados durante el presente bloque?

Tras haber realizado el programa ¿En qué medida se percibe más o menos sobrecargado en sus obligaciones como cuidador?

¿Se siente más capacitado en sus funciones de cuidador informal?

*Bloque IV. Actividades agradables.*

¿Se siente más descansado en su día a día?

¿Ha recuperado el contacto social con sus familiares y/o amigos?

¿Nota alguna diferencia entre los días que practica alguna actividad agradable y los que no?

¿Ha notado algún cambio en su estado anímico? ¿A qué lo atribuiría?

*Conclusiones finales.*

¿Cómo valora de forma global el programa?

¿Le ha sido difícil compaginar las sesiones de intervención con sus obligaciones laborales y de cuidador?

¿Cuál ha sido su experiencia personal a la hora de familiarizarse con las sesiones telemáticas?

¿Considera que sus expectativas se han visto cumplidas o superadas?

¿Cuáles considera que son los puntos fuertes de este programa?

¿Qué aspectos del programa cree usted que se deben mejorar?

### Anexo 25. Calendario de sesiones para los pacientes.

Bloque temático	Sesión	Objetivo	Recursos necesarios	Duración	Formato	Fecha
Evaluación inicial	Sesión 1. Presentación del programa y evaluación inicial.	-Explicar el programa a los participantes. -Realizar la evaluación inicial.	PowerPoint Sesión 1. Cuestionarios de evaluación. Entrega de pen drive.	90 min.	Presencial	__/__/__
Bloque I. Asesoramiento psicológico en el duelo	Sesión 2. Aceptación emocional de la nueva realidad.	-Aceptar la realidad de la afasia. -Experimentar los sentimiento y emociones que rodean al ictus.	PowerPoint Sesión 2. Word Act.1 y Act.2	90 min.	Presencial	__/__/__
	Sesión 3. Redefinir la pérdida y estrategias de afrontamiento emocional activo.	-Redefinir la realidad del ictus y la afasia. -Psicoeducación sobre estrategias de afrontamiento emocional.	PowerPoint Sesión 3.	90 min.	Presencial	__/__/__
Bloque II. Afasia y comunicación	Sesión 4. Conociendo el ictus y la afasia.	-Psicoeducación e información de interés para el rol de cuidador.	PowerPoint Sesión 4.	60 min.	Telemático	__/__/__
	Sesión 5. Dificultades y habilidades comunicativas.	-Potenciar el uso de habilidades comunicativas en la relación del cuidador y la persona con afasia.	PowerPoint Sesión 5.	90 min.	Presencial	__/__/__
Bloque III. Resolución de problemas	Sesión 6. Definición del problema, establecimiento de metas y generación de soluciones alternativas.	-Aprender a formular un problema, establecer metas y ofrecer posibles soluciones.	PowerPoint Sesión 6. Word Act.5	60 min.	Telemático	__/__/__
	Sesión 7. Toma de decisiones y planificación de soluciones.	-Aprender a escoger y desarrollar la solución que más se ajusta a un problema.	PowerPoint Sesión 7. Word Act.6 Word Act.7	60 min.	Telemático	__/__/__
	Sesión 8. Verificación de resultados y prevención de recidivas.	-Aprender a valorar las consecuencias de la solución escogida.	PowerPoint Sesión 8. Word Act.8	60 min.	Telemático	__/__/__
Bloque IV. Actividades agradables	Sesión 9. Búsqueda de actividades agradables.	-Fomentar la realización de actividades agradables en el día a día en los cuidadores.	PowerPoint Sesión 9. Word Act.9 Word Act.10	60 min.	Telemático	__/__/__
Evaluación post-tratamiento.	Sesión 10. Cierre del programa y devolución de resultados.	-Entrevistar a cuidador y/o familiar para que valoren el programa. -Devolución de los resultados a los participantes del programa.	Excel Sesión 10.	60 min.	Presencial	__/__/__

## Anexo 26. Habilidades comunicativas trabajadas en la sesión 5.

Tabla 4

*Formas de comunicación y habilidades comunicativas*

Formas de comunicación	Habilidades comunicativas
Comunicación verbal	<p>Escucha activa. Estrategia del parafraseo</p> <p>Comunicación de información imprescindible e informal.</p> <p>Comunicación expresiva. Uso de: verificar el itinerario temático, preguntas polares, preguntas de inventario cerrado, gestión de los silencios y las pausas discursivas, una idea por pausa para facilitar la comprensión y frases cortas.</p>
Comunicación no- verbal	<p>Postura corporal. Gesto corporal que transmita: interés, confianza, apertura, omitir gestos o miradas de apremio...</p> <p>Componentes paraverbales: tono comprensivo (sin exageraciones-infantilizaciones), vocalizaciones claras, volumen normal de la voz y ritmo de habla pausado.</p>
Comunicación asertiva	<p>Relegar las situaciones de conflicto comunicativo (malentendidos y discusiones) al hogar.</p> <p>Expresar las opiniones y pensamientos haciendo uso del “Yo...”.</p> <p>Evitar hacer uso de: expresiones defensivas, acusaciones o provocaciones ante situaciones de malentendidos comunicativos.</p> <p>Técnicas de comunicación asertiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Técnica de tensión flotante.</li> <li>-Técnica de aplazamiento asertivo.</li> <li>-Técnica del disco rayado.</li> <li>-Técnica del banco de niebla.</li> <li>-Técnica del acuerdo asertivo.</li> </ul>

*Nota.* Fuente: De elaboración propia.