

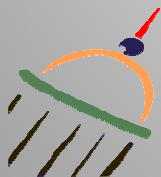
MOTIVOS PARA LA CONSPIRACIÓN DE SILENCIO EN PERSONAS CUIDADORAS DE PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS A propósito de un caso clínico

Ángela Cejudo López¹, Concepción Coronado Illescas¹, Begoña López López¹, Pilar Crespo Serván¹, Miguel Duarte Rodríguez¹, Francisco Montes Perálvarez²

(1)Enfermera Gestora de Casos del Distrito de Atención Primaria de Sevilla; (2) Unidad de Gestión Clínica Oncología, H.U. Virgen del Rocío

angela.cejudo.sspa@juntadeandalucia.es

PI 0143 Consejería de Salud 2009



**Distrito Sanitario A.P. Sevilla
Servicio Andaluz de Salud
Consejería de Salud**

Plan de Cuidados: Valoración

por patrones funcionales de Gordon¹

Varón de 62 años, casado, prejubilado

1. Percepción/control de la salud:

Se encuentra mal, con dolor.

Antecedentes de úlcera de estómago hace unos 20 años, intervenido.

Enfermedad actual: Mieloma múltiple con lumbalgia invalidante y síndrome febril.

No conoce su enfermedad ni pronóstico.

4. Actividad/ejercicio:

Necesita ayuda para la eliminación e higiene, suplido por su cuidadora principal.

Plan de Cuidados: Valoración

por patrones funcionales de Gordon¹

6. Cognitivo/perceptual

Estudios primarios, consciente, orientado, sabe leer y escribir, no alteraciones sensoriales.

Dolor intenso en la espalda y piernas.

7. Autocontrol/Autoconcepto:

Tiene temor por la enfermedad que padece, se siente dependiente, con falta de fuerzas, pero se muestra esperanzado en la mejoría.

Se muestra nervioso.

1. Gordon, M. Nursing diagnosis: process and application. New York:McGraw-Hill, 1982.

Plan de Cuidados: Valoración

por patrones funcionales de Gordon

8. Rol relaciones:

Casado, vive con su esposa y tienen tres hijos, mayores de edad, el primero trabaja y los dos siguientes están estudiando, económicamente dependen de él, excepto el primero.

Son nueve hermanos, relación telefónica con ellos.

No hay comunicación entre paciente y familiares en relación al diagnóstico y pronóstico de la enfermedad.

10. Adaptación/tolerancia al estrés:

Refiere que no está estresado, aunque su mujer sí, cree que se adaptará al cambio que supone la hospitalización.

Refiere tomar las decisiones en consenso con su familia.

Los patrones no citados no son de abordaje en este estudio o no están alterados.

De la Entrevista a la cuidadora

“yo es que quiero saber,... quiero saber cómo está mi marido de grave, quiero saberlo, aunque sea muy duro, quiero saberlo”.

“y a mí me lo dijo el médico y yo..., me vine abajo, y le dije pero no se lo diga usted, por favor, no se lo diga a él, y dijo, bueno, si tú no quieres, no se lo digo, pero es mejor que se lo diga, y como estaba dormido lo dejó y dijo: bueno, mañana vengo”.

“Yo estaba sola y me quise tranquilizar, pero, cuando vino mi hijo, yo me puse una máscara y cuando vino mi hermana yo no le dije nada, y hasta el otro día que ya vinieron, primero se lo dije a uno, luego se lo dije a mi hija, y el último que se enteró fue el mayor”.

De la Entrevista a la cuidadora

“Y me lo aguanté, me lo tragué ese día toda solita, al otro día lo hablamos y ya lloramos y nos abrazamos y todo (llorando)”.

“Él no es tonto y se está viendo como está. Un día me salí, tu pregúntale lo que tú quieras, porque a ver si él, porque delante de mí no quiere preguntarle. Él le preguntó porque me lo dijo a mi Manuel después. Que él se veía mal, que estaba mal y que él creía que le quedaba poco”.

“Yo ya lo que le contestó, no me lo dijo. Él no me quiere ver sufrir a mí, él evita, él evita, aunque me diga cositas, él evita hablar del tema”.

“él sabe lo que tiene”.

Plan de Cuidados: Diagnósticos enfermeros

Conocimientos deficientes (00126)

Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con el diagnóstico y/o pronóstico de la enfermedad, relacionado con falta de exposición y/o mala interpretación de la información, manifestado por comportamientos inapropiados: nerviosismo, no participación en la toma de decisiones, falta de comunicación familiar.

Conflicto de decisiones (00083)

Incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar cuando la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida o supone un reto para los valores y creencias personales.

Plan de Cuidados: Diagnósticos enfermeros²

Riesgo de compromiso de la Dignidad Humana (00174)

Riesgo de la percepción de pérdida del respeto y el honor. Factor de riesgo: participación inadecuada en la toma de decisiones.

Interrupción de los procesos familiares (00060)

Cambio en las relaciones y funcionamiento familiar, relacionado con cambio en el estado de salud de un miembro de la familia, manifestado por cambios en los patrones de comunicación, participación en la toma de decisiones.

2. North American Nursing Diagnosis Asociation NANDA internacional.
Diagnósticos enfermeros: definiciones y Clasificación 2009-2011

Plan de Cuidados: Objetivos (NOC)

Conocimiento: proceso de la enfermedad (1803)

Descripción del proceso de la enfermedad, de los efectos de la misma, signos y síntomas, curso habitual, medidas para minimizar la progresión, complicaciones, signos y síntomas de las complicaciones, precauciones para prevenir las complicaciones.

Participación: decisiones sobre asistencia sanitaria (1606)

Busca información, define opciones disponibles, preferencias de asistenciales, etc.

Toma de decisiones (0906)

Identifica información relevante, alternativas, compara alternativas, escoge entre varias alternativas.

Plan de Cuidados: Objetivos (NOC)

Superación de problemas (2600)

Afrontamiento, expresa libremente sentimientos y emociones, estrategias para superar el estrés, busca asistencia cuando necesita, etc.

Funcionamiento de la familia (2602)

Entorno favorable para expresar libremente los sentimientos, implicación de los miembros en la resolución de problemas y conflictos, etc.

Ambiente de la familia (2601)

Participa en el proceso de toma de decisiones, comparte sentimientos y problemas con los miembros de la familia, se apoyan unos en otros, discuten aspectos importantes para la familia, etc.

Plan de Cuidados: Intervenciones (NIC)

Protección de los derechos del paciente (7460)

Protección de los derechos de cuidados de un paciente para de tomar decisiones, por ejemplo mantener la confidencialidad de los datos del paciente, no forzar tratamientos (limitación del esfuerzo terapéutico), conocer si tiene documento de instrucciones previas o testamento vital, etc.

Apoyo en la toma de decisiones (5250)

Proporcionar información y apoyo cuando deba tomar una decisión sobre cuidados sanitarios: segunda opinión, comunicación adecuada y fluida, consentimiento informado, respetar su derecho sobre recibir información o no, proporcionar la información solicitada por el paciente, etc.

Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)

Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con el proceso de su enfermedad

Plan de Cuidados: Intervenciones (NIC)

Aumentar el afrontamiento (5230)

Ayudar al paciente a adaptarse a factores estresantes, cambios y amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las actividades de la vida diaria

Apoyo a la familia (7140)

Estimulación de intereses, valores y objetivos familiares mediante escuchar inquietudes, sentimientos entre paciente y familia, favorecer una relación de confianza con la familia, apoyar la toma de decisiones familiares, ayudar a la familia al afrontamiento de la muerte, etc.



MOTIVOS PARA LA CONSPIRACIÓN DE SILENCIO EN PERSONAS CUIDADORAS DE PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS

Financiado por la Consejería de Salud 2009 Expediente
PI 0143

Antecedentes y estado actual del tema:
Cuidados Paliativos según la Organización Mundial de
la Salud (WHO)

*“Es el enfoque que mejora la calidad de vida de los
pacientes y sus familias que se enfrentan a los
problemas asociados con enfermedades terminales
a través de la prevención y alivio de sufrimiento por
medio de la pronta identificación y correcta
valoración, tratamiento del dolor y otros problemas
físicos, psicológicos y espirituales”³*

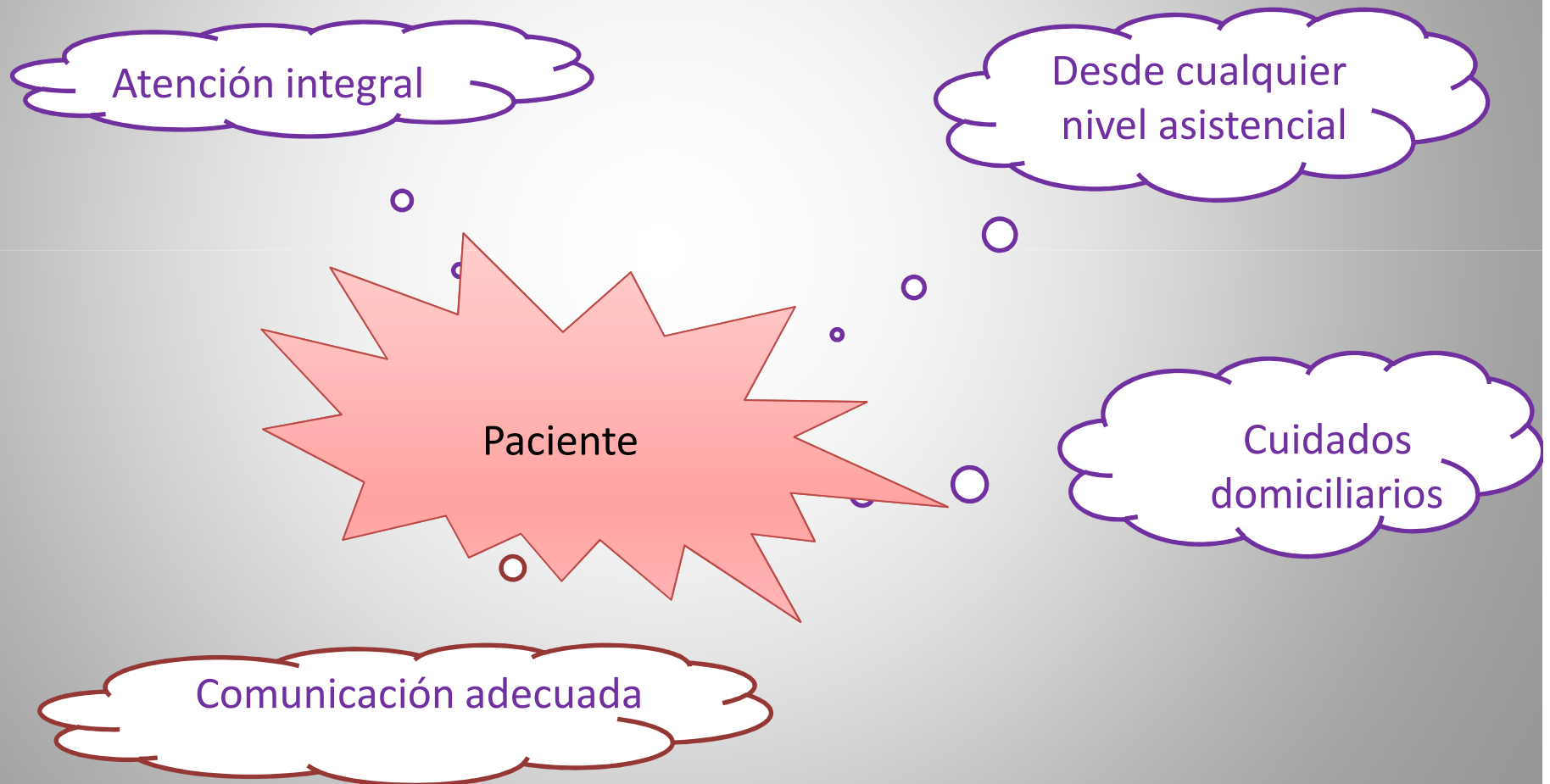
3. WHO. Palliative care: cancer control knowledge into action. Octubre 2006. Disponible en
<http://www.who.int/mediacentre/news/note/2007/np31/index.html>

Antecedentes y estado actual del tema:
*Estrategia en Cuidados Paliativos del sistema Nacional
de Salud*

*“Mejorar la calidad de la atención prestada a los
pacientes en situación avanzada / terminal y sus
familiares, promoviendo la respuesta integral y
coordinada del sistema sanitario a sus
necesidades y respetando su autonomía y sus
valores”⁴*

4. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud.
Ministerio de sanidad y consumo. 2007. España.

Antecedentes y estado actual del tema: *Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos*⁵



5. Cía, R, et al. Cuidados paliativos. Proceso Asistencial Integrado. Consejería de Salud de Andalucía. 2007

“Convenio de Oviedo”

Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse cuando haya dado su libre e informado consentimiento⁶.

“Ley de Autonomía del Paciente”

El titular de la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita⁷.

“Ley de “Muerte Digna”⁸

6. Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano de las aplicaciones de la Biología y la Medicina suscrito en Oviedo el día 4 de abril de 1997.

7. LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm 274, de 15 de noviembre 2002. pág. 40126-32.

8. Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte. BOJA núm. 88. Sevilla, 7 de mayo 2010. Página 8.

Creencias de los familiares: generalmente
contrarias a que se informe a los pacientes

Dificultades de los profesionales sanitarios: carga
asistencial, concepto de la muerte, formación
biologicista, pocas habilidades de
comunicación.

Beneficios de una buena comunicación:
posibilidad de participar en la toma de
decisiones respecto a su salud

Marco legal

Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte. BOJA núm. 88. Sevilla, 7 de mayo 2010. Página 8.

Conspiración o Pacto de silencio

Acuerdo implícito o explícito, por parte de familiares, amigos y /o profesionales de alterar la información que se le da al paciente con el fin de ocultarle el diagnóstico y/o pronóstico y/o gravedad de la situación⁸

Ocultamiento en España en 61-79% de pacientes en Cuidados Paliativos⁹

8. Barbero Gutiérrez, J. El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (Supl. 3): 19-27.

9. Centeno, C. Nuñez JM. Estudios sobre la comunicación de cáncer en España. Med Clin 1998 110: 744-750

La conspiración de silencio hace que:

- Se sienta incomunicado, no comprendido, engañado,
- Potenciando la ansiedad o depresión, miedo e ira.
- Disminuye la percepción del umbral del dolor y otros síntomas,
- Impide la expresión de sentimientos, manejo del estrés al paciente y familia.
- Se inhabilita al paciente para cerrar asuntos pendientes
- Puede dificultar el afrontamiento a la enfermedad y la elaboración del duelo⁸

¿Qué razones y actitudes manifiestan personas cuidadoras y familiares para ocultar a los pacientes, parcial o totalmente la información sobre diagnóstico, la evolución y/o pronóstico de su enfermedad?

La conspiración de silencio creemos que está relacionada con las actitudes, vivencias y opiniones de las personas cuidadoras, en ocasiones apoyada por profesionales sanitarios responsables de su proceso.

Bibliografía

1. WHO. **Palliative care: cancer control knowledge into action**. Octubre 2006. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2007/np31/es/index.html>
Consultado 7 mayo 2009
2. Nelly, L, Minty A. **End-of-life issues for aboriginal patients**. Can Fam Physician 2007;53:1459-1465
3. **Estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud**. Ministerio de sanidad y consumo. 2007. España.
4. Cía, R, et al. **Cuidados paliativos. Proceso Asistencial Integrado**. Consejería de Salud de Andalucía. 2007.
5. Cía, R, et al. **Plan Andaluz de Cuidados Paliativos (2008-2012)** Consejería de Salud, 2007.
6. Barbero Gutiérrez, J. **El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar**. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (Supl. 3): 19-27
7. Centeno, C, Núñez, JM. **Estudios sobre la comunicación del diagnóstico de cáncer en España**. Med Clin (Barc) 1998; 110: 744-750
8. Llubiá, C. **Cuidados críticos: la comunicación como terapia imprescindible**. Psicooncología. Vol. 5, Núm. 2-3, 2008, pp. 233-243.
9. **LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**. BOE núm. 274, de 15 de noviembre 2002. Pag. 40126- 40132.
10. Villa, B. **Recomendaciones sobre cómo comunicar las malas noticias**. Nure Investigación, nº 31, Noviembre - Diciembre 07.
11. Ruiz, M^a A. Et al. **El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales**. Psicooncología: Vol. 5, nº 1, 2008: 53-70.
12. Gordon, M. **Nursing diagnosis: process and application**. New York: McGraw-Hill, 1982.
13. North American Nursing Diagnosis Association NANDA Internacional. **Diagnósticos enfermeros: definiciones y Clasificación 2003-2004**. ISBN: 84-8174-706-8.
14. Barrio, IM et al. **El papel de la enfermera en la planificación anticipada de las decisiones: más allá de las instrucciones previas o voluntades anticipadas**. Enfermería clínica 2004; 14 (4): 235-41
15. Taylor SJ, Bogdan R. **Introducción a los métodos cualitativos de investigación**. Barcelona: Paidós; 1987
16. Blasco Hernández, T.; Otero García, L. **Técnicas cualitativas: la entrevista (I)**. Nure Investigación, nº 33, Marzo - Abril 08.
17. Amezcua M, Gálvez Toro, A. **Los modos de análisis en investigación Cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta**. Rev Esp Salud Pública 2002; 76: 423-436
18. Michael W. Rabow, MD; Joshua M. Hauser, MD; Jocelia Adams, RN. **Supporting Family Caregivers at the End of Life “They Don’t Know What They Don’t Know”**JAMA, January 28, 2004,Vol 291, No. 4.
19. Peter Kirk, Ingrid Kirk, Linda J Kristjanson. **What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A Canadian and Australian qualitative study**. BMJ, doi:10.1136/bmj.38103.423576.55 (published 19 May 2004), consultado 28 Feb. 09.
20. Clayton, J M., Butow, P N., Tattersall, et al. **Randomized Controlled Trial of a Prompt List to Help Advanced Cancer Patients and Their Caregivers to Ask Questions About Prognosis and End-of-Life Care**. J Clin Oncol 25:715-723. 2007.
21. Romaine Gallagher, MD. **An approach to advance care planning in the office**. Can Fam Physician 2006;52:459-464.
22. The SUPPORT Principal Investigators. **A Controlled Trial to Improve Care for Seriously Ill Hospitalized Patients: The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT)**. JAMA, Volume 274(20), 22/29 November 1995, pp 1591-1598.

Objetivos

General

Conocer por qué se
produce la
Conspiración de
Silencio

Específicos

Explorar e identificar las
actitudes, vivencias y opiniones
de las personas cuidadoras
familiares al mantener la
conspiración de silencio a
pacientes paliativos

Metodología

- Estudio descriptivo con *metodología cualitativa* interpretativa
- Técnica: *entrevistas semiestructuradas*
- Población de estudio: *personas cuidadoras familiares de pacientes en Cuidados Paliativos* del Distrito de Atención Primaria de Sevilla
- ***Criterios de exclusión***: no hablar español, cultura diferente a la española, negativa a participar o falta de disponibilidad de tiempo
- ***Muestreo intencional*** hasta saturación de datos

Metodología: Variables

- Descripción de la persona cuidadora: sexo, edad, relación con el paciente.
- Exploración de la comunicación con la familia:
 1. Forma y momento en que se comunicó la noticia
 2. ¿Quién estaba presente?
 3. ¿Dónde se realizó, se mantuvo la confidencialidad e intimidad?
 4. ¿Se realizó con lenguaje comprensible?
 5. ¿Cuál fue la reacción del paciente y/o familiares ante las noticias recibidas?
 6. ¿Se ofrecieron alternativas al tratamiento?
 7. ¿Se asesoró sobre Instrucciones Previas y apoyo en la toma de decisiones?
 8. ¿Se informó acerca del apoyo en Cuidados Domiciliarios?
 9. ¿Se abordó el manejo de emociones?
 10. ¿Se exploraron las relaciones familiares?
 11. ¿Cómo mantienen el ocultamiento en cada momento del día, les supone un esfuerzo?...y las categorías emergentes durante el transcurso de la entrevista.

Metodología: recogida y análisis de datos

Recogida de datos: *entrevistas semiestructuradas* audio grabadas

Análisis de los datos: interpretativo de contenido:

1. Transcripción literal de las entrevistas, registro de lenguaje no verbal,
2. Primera lectura para obtener sentido global,
3. Análisis de contenido, codificación y generación de categorías, estableciendo relaciones entre conceptos, categorías y dimensiones para elaborar una teoría explicativa.
4. Triangulación de resultados por dos investigadores diferentes.

Limitaciones del estudio

- Posible dificultad para la participación de las personas cuidadoras seleccionadas.
- No permite extrapolar los resultados, pero las conclusiones permitirán profundizar en los discursos y señalar tendencias para proponer intervenciones desde la práctica clínica, relacionadas con el abordaje de la muerte y afrontamiento al duelo.

Aspectos éticos de la Investigación

- Consentimiento informado por escrito
- Información al profesional responsable de su proceso para planificar las intervenciones oportunas respecto a la mejora de la comunicación entre paciente, persona cuidadora y profesionales sanitarios
- Autorización por comité de Ética e Investigación del Distrito

GUIÓN ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA: **Áreas a explorar:**

- Descripción de la persona cuidada.
- Conocimiento sobre diagnóstico y pronóstico de la enfermedad.
- Transmisión de la información.
- Reacción sobre las noticias recibidas.
- Información conocida por el paciente, motivos.
- Comunicación con la familia.
- Comunicación con los profesionales sanitarios.
- Afrontamiento ante la muerte.

Preguntas

1. Nos gustaría que nos hablaras sobre la persona a quién cuidas.
2. ¿Qué sabes sobre su enfermedad? ¿Y él/ella?
3. ¿Cómo se le transmitió la información sobre diagnóstico y pronóstico de la enfermedad?
4. ¿Cómo fue vuestra reacción?
5. ¿Qué son para ti los cuidados paliativos?
6. ¿Qué información cree que tiene su familiar?, En caso que no coincida con la de la persona cuidadora (se confirma la conspiración de silencio), preguntar las razones por las que la información no es coincidente.
7. ¿Con quién comparte la información que tiene sobre el proceso de la enfermedad?, ¿por qué con ellos?
8. ¿Qué información han recibido sobre el desenlace?, ¿Cómo han tratado el tema de la muerte?
9. ¿Cómo es la comunicación con el paciente y el resto de la familia?
10. ¿Cómo es/ha sido la comunicación con los profesionales sanitarios?
11. ¿Qué espera de los profesionales sanitarios en cuanto a la atención al final de la vida?

Preguntas

- ¿Cómo es y cómo está su familiar?
- ¿Qué sabes sobre su enfermedad, gravedad, diagnóstico, pronóstico, perspectivas de tratamiento, expectativas, etc.?
- ¿Qué sabe él/ella?
- ¿Por qué cree que es mejor no lo sepa? (el diagnóstico, pronóstico, expectativas, etc.)
- ¿Cómo conocisteis el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad? (quién os dio la información, dónde, cómo, estaba presente el paciente, etc.)
- ¿Cuál fue vuestra reacción?
- ¿Con quién compartes la información sobre su enfermedad, con quién lo hablas?
- ¿Por qué no lo hablas con... (el paciente) sobre ello?
- ¿Qué información habéis recibido sobre el desenlace?, ¿Cómo habéis tratado el tema de la muerte?
- ¿Cómo es la comunicación con él/ella?
- ¿Y con el resto de la familia?
- ¿Cómo es la comunicación con los profesionales sanitarios?
- ¿Qué esperas de los profesionales sanitarios respecto al final de la vida?
- ¿Qué son para ti los cuidados paliativos?

Plan de trabajo, cronograma

Año 1	Meses											
Actividad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Selección de las participantes		X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Elaboración del consentimiento informado	X	X										
Elaboración de guión de entrevista semiestructurada	X	X										
Realización de entrevistas semiestructuradas			X	X	X	X	X	X	X	X		
Transcripción literal de las entrevistas				X	X	X	X	X	X	X		
Análisis de datos					X	X	X	X	X	X	X	X

Año 2	Meses											
Actividad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Reanálisis de la información obtenida	X	X	X	X	X	X						
Triangulación de los resultados	X	X	X	X	X	X						
Elaboración de informe final				X	X	X	X	X				
Comunicación de los resultados									X	X	X	X

Aplicabilidad

1. Planificar estrategias de abordaje para facilitar la comunicación adecuada ,
2. Mejorar el afrontamiento ante la muerte del paciente y familia,
3. Favorecer la toma de decisiones al final de la vida y
4. Mejorar la comunicación entre paciente, familia y profesionales sanitarios.

Utilidad práctica de los resultados en relación con la salud

Plantear estrategias de abordaje que faciliten la comunicación adecuada con la consiguiente mejora del afrontamiento, tanto del paciente como de la familia, ante la muerte.

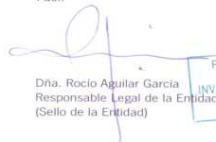
Se favorecerá la atención por los profesionales sanitarios responsables de su proceso, teniendo en cuenta que apliquen habilidades para provocar cambios en las personas cuidadoras y mejorar la comunicación entre los tres.

Favorece la toma de decisiones al final de la vida.

REFORMULACIÓN DE LA SOLICITUD				
A. DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE DE LA SUBVENCIÓN.				
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA ENTIDAD SOLICITANTE: Fundación Pública Andaluza para la Gestión de la Investigación en Salud de Sevilla			CIF/NIF: G-41918830	
B. DATOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.				
IMPORTE TOTAL DEL PRESUPUESTO: 7.565,00 €				
Nº EXP. PI-0143		INVESTIGADOR/A PRINCIPAL: Dª Angela Cejudo López		
TÍTULO DEL PROYECTO: Motivos para la Conspiración de Silencio en Personas Cuidadoras de Pacientes en Cuidados Paliativos				
C. DESGLOSE DEL PRESUPUESTO DE LA ACTIVIDAD.				
Concepto	Presupuesto en Euros			
	1ª Anualidad	2ª Anualidad	3ª Anualidad	Total
Bienes y servicios	2.270,00 €	895,00 €	0,00 €	3.165,00 €
Viajes y dietas	0,00 €	1.400,00 €	0,00 €	1.400,00 €
Personal	3.000,00 €	0,00 €	0,00 €	3.000,00 €
Otros gastos	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Total	5.270,00 €	2.295,00 €	0,00 €	7.565,00 €

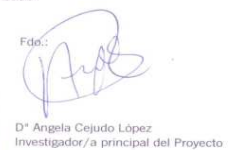
Sevilla, de Octubre de 2009

Fdo.:


Dña. Rocio Aguiar Garcia
Responsable Legal de la Entidad
(Sello de la Entidad)



Fdo.:


Dª Angela Cejudo López
Investigador/a principal del Proyecto

ILMO. SR. SECRETARIO GENERAL DE CALIDAD Y MODERNIZACIÓN

GRACIAS



Distrito Sanitario A.P. Sevilla
Servicio Andaluz de Salud
Consejería de Salud

Ángela Cejudo López
Concepción Coronado Illescas
Begoña López López
Pilar Crespo Serván
Miguel Duarte Rodríguez
Francisco Montes Perálvarez

