

**PERFIL DE SALUD DEL CUIDADOR INFORMAL  
EN EL NORTE DE LA ISLA DE TENERIFE**

**GLORIA RODRÍGUEZ ACERA**

**AÑO 2015**

**GRADO EN ENFERMERÍA. UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
SECCION ENFERMERIA**

**UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA**

# INDICE

1	INTRODUCCIÓN .....	5
1.1	Cambios Socio-demográficos .....	5
1.2	Perfil del Cuidador .....	6
1.3	La tarea que realiza el cuidador.....	7
1.4	El “Síndrome del Cuidador” .....	7
2	JUSTIFICACIÓN .....	9
3	MARCO TEÓRICO .....	9
3.1	Diferencia entre cuidador formal y cuidador informal.....	9
3.2	” Ley de la dependencia “: Ley 39/2006 de 14 de Diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia .....	11
3.3	Repercusiones del cuidado sobre la salud del cuidador/a. ....	11
3.4	La formación y el futuro de los cuidadores .....	14
4	OBJETIVOS/ HIPÓTESIS .....	15
5	METODOLOGIA.....	15
5.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	15
5.2	POBLACIÓN Y MUESTRA .....	15
5.3	CRITERIOS DE INCLUSIÓN: cuidadores informales principales de personas en situación de dependencia que lleven al menos 6 meses como cuidador. ....	16
5.4	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN Cuidadores que no quieran participar en el proyecto o lleven ejerciendo como cuidadores menos de 6 meses. ....	16
5.5	MATERIAL Y MÉTODOS.....	16
5.6	ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	18
5.7	CRONOGRAMA .....	18
6	BIBLIOGRAFÍA .....	19
7	OTRAS BIBLIOGRAFÍAS CONSULTADAS.....	22

8	ANEXOS.....	23
8.1	ANEXO I.....	24
8.2	ANEXO II.....	25
8.3	ANEXO III.....	26
8.4	ANEXO IV .....	28
8.5	ANEXO V .....	29
8.6	ANEXO VI .....	30

## **RESUMEN**

El progresivo envejecimiento de nuestra sociedad y la prolongación de la vida de estas personas mayores, ha aumentado el número de ellas que se encuentran en situación de dependencia. El cuidado de estas personas suele recaer en un solo individuo, por lo general una mujer de mediana edad, que procede del círculo familiar y que no recibe remuneración económica por la tarea de cuidar, y a quien se identifica como cuidador informal o principal.

El cuidado continuado y de larga duración de personas dependientes suele generar un impacto en la vida y en la salud del cuidador informal. La sobrecarga física y emocional que sufre este cuidador puede llevarle a desarrollar el síndrome del cuidador, con el riesgo de convertirse en un enfermo secundario.

La depresión, la ansiedad y el insomnio son las alteraciones psíquicas más frecuentes que sufre el cuidador informal.

La repercusión que tiene la tarea de cuidar en la salud de los cuidadores informales, haría preciso que el sistema tomase las medidas de apoyo que estos requieran para poder afrontar el cuidado con las menores repercusiones y perjuicios posibles.

En este proyecto se pretende conocer el perfil de salud que predomina en los cuidadores de personas dependientes en la isla de Tenerife

## **PALABRAS CLAVES**

Cuidador informal, perfil de salud, Sobrecarga, Síndrome del cuidador

## **ABSTRACT**

The progressive aging of our society and the prolongation of life of these elderly, has increased the number of them that are in a situation of dependency. The care of these people is often placed on a single individual, usually a middle-aged woman, who comes from the family circle and do not receive financial compensation for the task of caring, and who is identified as an informal or primary caregiver.

Continued long-term care and dependent people often have an impact on the lives and health of the informal caregiver. Physical and emotional overload that suffers this caregiver can take to develop the syndrome of the caregiver, with the risk of becoming a sick child.

La depresión, la ansiedad y el insomnio son las alteraciones psíquicas más frecuentes que sufre el cuidador informal.

The impact that has the task of caring for the health of informal caregivers, the system would need to take support measures required to address these care with the least possible impact and damage.

En este proyecto se pretende conocer el perfil de salud que predomina en los cuidadores de personas dependientes en la isla de Tenerife

## **KEY WORDS**

Informal carers, Health Profile, Overload, Syndrome caregiver.

# **1 INTRODUCCIÓN**

La motivación que me ha llevado a la elección de este tema parte de una experiencia personal por la que, de la noche a la mañana y durante casi cuatro años, me convertí en la cuidadora principal de una persona dependiente a causa de un ACV. La labor que desempeñé durante todo ese tiempo, al igual que la desempeñada por cientos de personas en situaciones similares, fue a base de “aprender sobre la marcha”, buscando cada día los recursos necesarios para hacer frente a una realidad plagada de incertidumbre y muchas dificultades, en definitiva, a la adversidad. Este quehacer diario, reflejado en una serie de acontecimientos y vivencias, sobre todo si se produce en un entorno rural alejado de los modernos centros de atención primaria queda muchas veces en el olvido del Sistema, y casi siempre, lejos de ser reconocido por la sociedad.

## **1.1 Cambios Socio-demográficos**

En la sociedad del siglo XXI se están produciendo una serie de cambios socio-demográficos que repercuten directamente en la salud, y las consecuencias de esto, sobre las necesidades y patrones de uso de los servicios sanitarios. Entre esos cambios cabe destacar el envejecimiento poblacional, la cronicidad de enfermedades, el aumento de personas con discapacidades, los cambios en la estructura familiar y la incorporación de la mujer al mundo laboral.<sup>(1)</sup>

El aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas y discapacitantes<sup>(2)</sup>

ha generado también el crecimiento progresivo de la población en situación de dependencia, con el consiguiente incremento de la demanda de ayuda médica, social y familiar.

El cuidado informal de personas mayores dependientes, *aquel que no es llevado a cabo por un profesional de la salud, ni remunerado y mayoritariamente realizado por familiares*, (Casado y López, 2001).<sup>(3)</sup> se ha convertido en un tema de especial relevancia, tanto a nivel social como clínico

Esta realidad deriva en la necesidad de un cuidador/a que brinde la atención que estas personas no pueden proveerse por sí mismas.

## **1.2 Perfil del Cuidador**

Aunque, si bien es verdad que, en algunos casos el cuidador de una persona dependiente suele recaer en varios miembros de la familia, por lo general, y la mayoría de las veces, es un único familiar, sin la ayuda de otras personas la que asume este cargo, y lógicamente, en la que recae todo el peso.

El perfil de los cuidadores es, por tanto; variado, pero generalmente es la familia la que se ocupa de estos cuidados, y dentro de la misma suele ser una mujer, de edad intermedia ama de casa y en la mayoría de las ocasiones hija o cónyuge, con un nivel de estudios bajo, carente de ingresos propios y sin actividad laboral, en la que recae la responsabilidad, denominándose cuidador informal o principal- *aquella persona que procede del círculo familiar mayoritariamente, de amistades o vecinos, que asume los cuidados de una persona no autónoma que vive a su alrededor, y que no recibe remuneración alguna por realizar estas tareas.*<sup>(3)</sup> De modo que, el rol de cuidador se le asocia automáticamente a la mujer, como si este fuera una extensión de su papel maternal, de las tareas domésticas o como consecuencia de las distintas relaciones y afinidades que se establecen en función del género.

Hay que señalar que, en los últimos años se han generado una serie de cambios en la sociedad que han propiciado la aparición de cuidadores ajenos a la familia, tales como: cambios en la estructuración familiar, incorporación de la mujer al mundo laboral, aumento de la independencia o el fenómeno de la inmigración. Con respecto a este último punto, hay que decir que, la tarea de cuidar de personas dependientes está quedando prácticamente en manos de inmigrantes extranjeros, por lo general, ejercida por mujeres y por motivos económicos especialmente. Dentro de esta población, son mayoritariamente los latinoamericanos, no solo es la población inmigrante de mayor número en nuestro país, sino que, la facilidad, que la legislación española les concede

para acceder a la nacionalización, el conocimiento de la lengua del país, o la discriminación positiva por parte de la población española de la que gozan.

Se podría decir que, en España, en el cuidado de ancianos y enfermos, los cuidadores inmigrantes están superando al de autóctonas. <sup>(12)</sup>

.

### **1.3 La tarea que realiza el cuidador**

En muchas ocasiones, asumir el cuidado de una persona es una situación a la que uno se ve obligado a enfrentarse, sin que tenga la opción de poder elegir. Esto puede convertirse en una experiencia muy satisfactoria o, por el contrario, muy ingrata.

Las tarea realizada por los cuidadores, dependiendo del grado de dependencia de la persona cuidada no se limita exclusivamente a una atención instrumental de mayor o menor intensidad, como la ayuda en la eliminación, la alimentación, cambios posturales, ejercicios de movilidad, administración de la medicación o en el desarrollo personal. A esto habría que añadir *“la atención emocional al familiar mayor del que están pendientes: vigilar para que no accidente, le hacen compañía, escuchan sus inquietudes, se encarga de supervisar que se encuentre tranquilo, etc.”* (Roca et al., 2000; Mateo et al., 2000). <sup>(3)</sup> En definitiva, “cuidar no es solo una actividad física, sino también, y fundamentalmente, una actividad mental; cuidar significa sobre todo, planificar y estar pendiente, prever las necesidades antes de que surjan” (Agulló, 2002) <sup>(4)</sup>

Esta labor que ejercen los cuidadores es continuada, sin días libres a la semana para descansar de su función, afrontando a menudo una gran cantidad de problemas y acontecimientos que desbordan con frecuencia las posibilidades reales que posee. Teniendo en cuenta que, lo que hoy sirve (por ejemplo, ayudar a la persona a moverse con muletas o silla de ruedas) puede que mañana sea inútil (por producirse una reducción en la movilidad), por lo que se hace necesaria una readaptación de la rutina.

### **1.4 El “Síndrome del Cuidador”**

Cuidar de personas dependientes, no cabe duda que se trata de una ardua tarea. Una de las principales causas por las que se realiza esta actividad suele ser, en la mayoría de los casos, por un motivo emocional y personal, dentro del contexto de lazos familiares. Las principales consecuencias que conlleva ser cuidador suponen una

dedicación importante de tiempo y energía, prescindir de tiempo libre para uno mismo, tener que enfrentarse a situaciones para las que no se está preparado, teniendo que aprender a cuidar de la práctica del día a día, a través de aciertos y errores.

La actividad del cuidado de una persona dependiente que se realiza de forma continuada y durante un periodo de tiempo prolongado tiene unos efectos negativos en la salud física y psicológica del propio cuidador. Enfrentarse cada día al deterioro y las dificultades continuas de un ser querido supone una carga emocional considerable. De hecho, el impacto de cuidar en la salud de los cuidadores, es un aspecto que se ha abordado frecuentemente en numerosos estudios. «Incluso se ha llegado a acuñar la expresión **«síndrome del cuidador»** para referirse al conjunto de alteraciones médicas, físicas, psíquicas, psicosomáticas, laborales y familiares que enfrentan los cuidadores». (Muñoz, Espinosa, Portillo y Benítez, 2002).<sup>(5)</sup>

Algunas de las señales de alerta ante el mencionado síndrome podrían ser:

- Problemas de sueño.
- Pérdida de energía, fatiga crónica, sensación de cansancio continuo, etc.
- Aislamiento social.
- Consumo excesivo de alcohol, tabaco o medicamentos para dormir.
- Problemas físicos: palpitaciones, temblor en las manos, molestias digestivas.
- Problemas de memoria y dificultades de concentración.
- Menor interés para actividades placenteras que antes eran objeto de interés.
- Aumento o disminución del apetito.
- Facilidad para enfadarse y cambios frecuentes de humor o de estado de ánimo.
- Importancia excesiva a pequeños detalles.
- Dificultad para superar sentimientos de depresión o nerviosismo.
- No admitir la existencia de síntomas físicos o psicológicos que se justifican mediante otras causas ajenas al cuidado. (Rodríguez del Álamo)<sup>(6)</sup> 1.

Un cuidador informal o principal de una persona dependiente que pudiera estar padeciendo “el síndrome del cuidador”, pasaría por diferentes fases:

1. Fase de estrés laboral. El cuidador dedica todo su tiempo al paciente. Cree que él puede con todo sin ayuda de nadie. Poco a poco va desarrollando un cansancio físico del que no es consciente y que influye en el cuidado de la persona dependiente.
2. Fase de estrés afectivo. El cuidador comienza a sufrir el cansancio y se siente falto de afecto, incompreensión y apoyo de los que le rodean.



3. Fase de inadecuación personal. El cuidador siente que está constantemente fatigado y comienzan a aparecer las primeras alteraciones psico-fisiológicas (patologías cardiovasculares, trastornos gastrointestinales, alteraciones del sistema inmunológico, problemas respiratorios).
4. Fase de vacío personal. Ocurre cuando la persona que ha sido cuidada fallece o es ingresada en una residencia. El cuidador tiene que volver a ocupar su tiempo en otras actividades, recuperando su vida. <sup>(6)</sup>

## 2 JUSTIFICACIÓN

Es necesario conocer el perfil del cuidador informal en la isla de Tenerife y los problemas de salud que lleva asociado la tarea de cuidar a una persona dependiente, para abordar líneas de mejora en su atención, de forma que, la labor continuada y de larga estancia que desempeñan estas personas, afecte lo menos posible a su salud y, además, repercuta en beneficio de la persona cuidada. Por ello, con este proyecto pretendemos valorar los objetivos que nos hemos planteado.

## 3 MARCO TEÓRICO

### 3.1 Diferencia entre cuidador formal y cuidador informal

**Cuidador/a “formal”** se le puede considerar a toda aquella persona que cuida de forma directa a personas dependientes en diversos ámbitos, esté o no capacitado, recibiendo una paga o beneficio pecuniario por su trabajo. Serían aquellos que ejercen **cuidados profesionales**: los prestados por los trabajadores de una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro (BOE, 2006) <sup>(5)</sup>

Cuidadores formales serían también los profesionales con una formación teórico-práctica para la atención al dependiente, como los terapeutas, enfermeras/os, trabajadora social,

logopedas, etc., y cuidadores sin formación teórico-práctica o, si la han recibido, es de corta duración y muy limitada.

Hay que señalar el papel protagonista que estos trabajadores de base tienen para garantizar una atención de calidad, dado que son los que, después de la familia, proveen una mayor y más intensa atención a la persona dependiente.

**Cuidador/a “informal”** es un término que se ha denominado de diversas formas en la bibliografía: cuidador principal, cuidador familiar o cuidador crucial, entendiéndose este término de cuidador como aquel sujeto que puede ser familiar, vecino o amigo y que sin recibir remuneración económica realiza una prestación de cuidados a personas dependientes.<sup>(2)</sup>

Según la Ley de Dependencia, (BOE núm. 299 de 15 de diciembre de 2006) esta categoría podría denominarse más adecuadamente, “cuidadores/as no profesionales”, puesto que ejercen **cuidados no profesionales**: la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada.<sup>(5)</sup>

El cuidador principal es el que asume toda la responsabilidad del cuidado, aunque puede variar de forma progresiva, dependiendo del apoyo formal o informal que reciba.

Otro tipo de distinción de los cuidadores de personas dependientes es el de:

- cuidador “tradicional”, que va adoptando su rol de forma progresiva a medida que los mayores van envejeciendo y requiriendo cuidados; suele ser una mujer la que se haga cargo del cuidado como una extensión más de sus actividades domésticas.
- modelo “moderno- urbano”: el cuidador asume el rol cuando el mayor enferma, creándose una relación con el mayor dependiente que anteriormente era inexistente, y puede llegar a generar numerosos conflictos y tensiones. autores (Rivera, 2001; Rodríguez, 1994<sup>(7)</sup>)

Desde la puesta en marcha de la LAPAD,2006 son cada vez más la familias que compatibilizan cuidados informales con cuidados formales para poder hacer frente a la

atención de sus miembros en situación de dependencia, en ocasiones procedente de la inmigración y otras del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (Rogeró García 2009)<sup>(8)</sup>

### **3.2 ” Ley de la dependencia “: Ley 39/2006 de 14 de Diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia**

Esta ley nació como respuesta a una serie de cambios en la sociedad española en la que la mujer jugó un papel fundamental al iniciarse su incorporación al mercado laboral, lo cual, trajo como consecuencia una serie de transformaciones, se produjo una baja en la tasa de natalidad, disminución del tamaño de los hogares, cambio en las estructuras y dinámicas familiares, etc.

A través del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia se pretende mejorar la calidad de vida de las personas en situación de dependencia e indirectamente la de sus familias, completando a su vez, al sistema público de servicios sociales.

La Ley de Dependencia es una Ley Universal a la que tienen derecho todos los ciudadanos y ciudadanas españoles que no pueden valerse por sí mismos por encontrarse en situación de dependencia. Dicha Ley pretende que, todas las personas dependientes y sus cuidadores alcancen la autonomía personal. Para ello, el Estado y las Comunidades Autónomas, se han dotado de unos recursos y prestaciones a los que podrán acceder todas aquellas personas que cumplan los requisitos establecidos en la mencionada Ley.

Dicha ley define a **la persona dependiente** como “la que por razones de edad, enfermedad o discapacidad y ligadas a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisa con carácter permanente la atención de otra persona o ayuda importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria”<sup>(10)</sup>

### **3.3 Repercusiones del cuidado sobre la salud del cuidador/a.**

Los cuidados prestados por los cuidadores informales a personas dependientes son cuidados a largo plazo y dedicación plena. La tarea de cuidar supone un sobreesfuerzo físico y mental muy importante; hace vulnerable al cuidador y le predispone a presentar

una serie de problemas de orden físico, psíquico, social y familiar. Pero este impacto que se produce en la salud del cuidador no suele manifestarse a corto plazo, pues la evolución de los problemas de salud es lenta y a veces inespecífica. Pueden no comprometer su vida de forma inmediata, pero sí repercutir en una mala calidad de esta.”

(13)(10)

Las características del cuidado es un dato importante que habría que tener en cuenta al referirse al grado de impacto sobre la salud del cuidador, ya que no todos los pacientes, dependiendo del tipo de patología que sufran requieren el mismo tipo de cuidados. Un ejemplo sería el de los cuidadores de pacientes terminales, que refieren percibir mayor impacto en su estado de ánimo. Esto quizás podría deberse a la patología del paciente y su cercanía a la muerte, pues es muy probable que, a medida que se va deteriorando el estado funcional del paciente, en estos cuidadores se incrementa el malestar emocional.

(14)

La actividad de cuidar de personas dependientes, bien sea impuesta o bien asumida libremente, es una tarea que por lo general expone a los cuidadores a sufrir un conjunto de síntomas y signos denominados sobrecarga. (Montorio et al., 1998)<sup>(15)</sup> Bajo este término existen distintos aspectos relativos a la carga: costos económicos del cuidado, carga física asociada al cuidado, menos tiempo libre del cuidador, impacto en las relaciones familiares y sociales, etc. <sup>(14) (15)</sup>

Basándose en investigaciones, la sobrecarga puede ser de dos tipos:

- La carga objetiva: corresponde a los cambios que debe realizar el cuidador en diversos ámbitos de la vida.
- La carga subjetiva: serían las reacciones emocionales del cuidador frente a las demandas del cuidador que requiere el paciente.

Del conjunto de alteraciones que puede llegar a sufrir el cuidador, el impacto negativo en la esfera psicológica es mucho más evidente e intenso que las consecuencias de la sobrecarga física. <sup>(10)</sup>

- **Los problemas físicos** más frecuentes suelen ser: cansancio, dolor de espalda, cefaleas, dolor crónico referido al aparato locomotor, astenia, fatiga crónica, alteraciones del ciclo sueño-vigilia e insomnio. Otro dato que habría que resaltar sería, una mayor frecuencia en el consumo de alcohol y tabaco. En las mujeres especialmente, se ha observado una mayor tendencia a la obesidad.<sup>(10)</sup>

➤ **Problemas psíquicos.** Suelen ser los más relevantes, aunque a menudo se refieren con términos inespecíficos como “desánimo” o “falta de fuerzas”. Las principales alteraciones que presenta el cuidador son: depresión, ansiedad e insomnio, aunque de ellas la depresión es la más frecuente. Los cuidadores suelen presentar también una alta tasa de automedicación, especialmente de psicofármacos y analgésicos. <sup>(10)</sup> Según datos del IMSERSO “un 18.1% de las personas que prestan cuidados a personas con deterioro funcional y/o cognitivo se siente deprimido, un 31.6 ha tenido que tomar pastillas, un 24.9% no sigue ningún tratamiento pero cree que lo necesitaría y un 11.1% ha tenido que acudir a la consulta del psicólogo o psiquiatra” <sup>(16)</sup>. La consecuencia de problemas psíquicos es que influyen en gran medida en el plano individual y familiar del cuidador, así como el cuidado al paciente, por lo que se puede crear una problemática de convivencia. <sup>(10)</sup>

➤ **Problemas socio-familiares**

- **En el plano familiar** por ejemplo, suelen aparecer conflictos cuando se producen una serie de cambios en las relaciones con el resto de los miembros y hay que asumir nuevos roles.
- **En el terreno laboral** el absentismo, la conflictividad laboral o la dificultad para compaginar horarios a menudo son la antesala de otros problemas de tipo económico que tiene que afrontar el cuidador: menos ingresos y mayores gastos (la adaptación de la vivienda). Gran parte de los cuidadores no trabaja ni puede plantearse buscar trabajo, otros se ven obligados a reducir la jornada laboral y, en algunos casos, a abandonar su puesto de trabajo.
- **En el plano Social** se tiende a perder contactos, e incluso, a disminuir o abandonar las actividades sociales y de ocio que venía realizando el cuidador antes de dedicarse a la tarea de cuidar.

Todos estos cambios que se producen en la vida del cuidador hacen que a menudo se desencadenen en él sentimiento de tristeza, conflicto, aislamiento, culpabilidad... de tal forma que, ocasiones soportar este impacto hace que, llegado un punto, continuar con la tarea no sea una opción viable o saludable. <sup>(10)</sup>

Otro dato importante a resaltar es que, entre hombres cuidadores y mujeres cuidadoras, según algunos estudios que han contemplado la variable del género, las mujeres

presentan casi dos veces más sobrecarga que los hombres cuidadores hecho que sugiere modelos diferentes de adopción del rol de cuidador entre hombres y mujeres. <sup>(5)</sup>

Aunque diversos estudios han puesto de manifiesto que la actividad de cuidar de una persona dependiente de forma continuada y durante largo espacio de tiempo repercute negativamente en la salud de los cuidadores <sup>(17)</sup>, también la tarea del cuidado puede aportar aspectos positivos a estas personas, como podría ser, **la satisfacción en el cuidado**, sentir que uno/a está haciendo lo correcto, y que lo hace bien, con dedicación y amor a la persona cuidada, dependiendo del grado de parentesco que se tenga con ella. Ser cuidador conlleva en muchas ocasiones aprendizajes vitales importantes para quienes desempeñan dicho rol, es decir, se aprende a valorar las cosas importantes en la vida y a relativizar las intrascendentes. Y una vez finalizada ese rol, la experiencia de haber cuidado a familiares hace que uno sea una fuente de apoyo para los amigos y resto de familiares que tienen que cuidar a otras personas. (4)

### **3.4 La formación y el futuro de los cuidadores**

Repasando la extensa literatura que trata toda la temática expuesta anteriormente, es evidente que sería necesario que se llevaran a cabo, por parte de las instituciones u organismos públicos del país responsables de estas competencias, diferentes tipos de intervenciones preventivas (formativas, informativas, grupos de apoyo, de descanso periódico, creación de centros de día, etc.) para evitar el desarrollo de enfermedades crónicas, físicas o psicológicas en los cuidadores informales, como consecuencia del impacto que produce en su salud la prestación de cuidados.

En la actualidad, a pesar de existir intervenciones dirigidas a atender a los cuidadores en las diferentes autonomías españolas, se considera que el desarrollo de programas formativos es escaso, por lo que los cuidadores informales demandan actividades formativas relacionadas tanto con técnicas específicas (curas, administración de medicación, alimentación) como técnicas de promoción y prevención de la salud de (cambios posturales y ejercicios de movilidad). <sup>(18)</sup>

Una sociedad más longeva, con el consiguiente aumento de personas con enfermedades crónicas y dependientes de cuidados, y otras transformaciones que se han ido produciendo en la sociedad (reducción del tamaño medio familiar, descenso de la natalidad, familias monoparentales o la incorporación de las mujeres al mercado), plantean un importante desafío para las futuras generaciones. Si la esperanza de vida, como se prevé, es larga, también es previsible que aumente la demanda de cuidadores

informales que provengan de la propia familia, pero esto a su vez, se opondría a la menor disponibilidad de estos cuidadores, y en consecuencia, se producirá un déficit considerado entre la demanda de cuidadores informales y el número de personas dependientes necesitadas de cuidados. Las consecuencias de familiares, sociales y económicas derivadas de esta situación, serán, sin duda significativas. <sup>(19)</sup>

## 4 OBJETIVOS/ HIPÓTESIS

**General:** Explorar el perfil de salud del cuidador informal en el norte de la isla de Tenerife.

**Específicos:**

- ✓ Definir las características socio-demográficas de estos cuidadores
- ✓ Conocer el grado de sobrecarga que perciben estos cuidadores
- ✓ Nivel de formación y experiencia que tienen estos cuidadores
- ✓ Identificar algunas de los problemas de salud más frecuentes de estos cuidadores
- ✓ Cuantificar el tiempo que lleva desarrollando la actividad de cuidador
- ✓ Identificar el grado de parentesco con la persona cuidada

### Hipótesis

Los cuidadores informales con mayor nivel de formación presentan menor nivel de sobrecarga.

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Con la finalidad de conseguir los objetivos de este estudio, realizaremos un estudio descriptivo prospectivo y transversal durante los meses de febrero a junio de 2016 a través del cual podremos conocer el perfil de salud del cuidador informal en la isla de Tenerife.

### 5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Ámbito de estudio

El estudio se llevará a cabo en el ámbito de atención primaria en la ciudad de Puerto de la Cruz (Sta. Cruz de Tenerife) España

### Sujetos de estudio

La población elegida estará formada por cuidadores informales principales, adscritos al programa de atención domiciliaria (ATDOM) del área básica de salud (ABS) del Centro de Salud "Casco Botánico".

**5.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** cuidadores informales principales de personas en situación de dependencia que lleven al menos 6 meses como cuidador.

**5.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:** cuidadores que no quieran participar en el proyecto o lleven ejerciendo como cuidadores menos de 6 meses.

### **Consideraciones éticas:**

Para la realización de este proyecto, se pedirá la oportuna autorización del Centro de Salud. Para ello, nos dirigiremos a sus responsables indicándoles el propósito general del estudio, la metodología a emplear y las entrevistas que se realizarán para la recogida de datos. Así mismo, se pasará un consentimiento informado a los cuidadores para participar en dicho estudio, en el cual se asegura el carácter confidencial y anónimo de los datos facilitados. **(Anexos I y II).**

### **5.5 MATERIAL Y MÉTODOS**

En el estudio se utilizará, una entrevista semiestructurada como principal método de recogida de datos, pues esta técnica es útil porque asegura que el investigador obtendrá toda la información requerida, al mismo tiempo que se da libertad al entrevistado para responder e ilustrar los conceptos de estudio (Morse y Field, 1995),<sup>(4)</sup> y también 3 cuestionarios que serán



entregados el día acordado para la entrevista, y que posteriormente serán recogidos en el domicilio en el periodo acordado para ello (Abril 2016) previo concierto telefónico.

La entrevista se realizará en el domicilio de los entrevistados. Serán gravadas y posteriormente transcritas íntegramente para su posterior análisis (reproduciendo textualmente toda la información, tal y como se ha expresado el informante).

Vamos a usar:

- **Cuestionario de recolección de datos del/la cuidador/a informal** en el que se han incluido:
  - las variables universales de: edad, género, estado civil, situación laboral y nivel de estudios
  - variables independientes: parentesco/relación con la persona cuidada, tiempo que lleva de cuidador/a en general, tiempo que dedica diariamente al cuidado, institución y profesionales que imparten la formación, nivel de sobrecarga: stress, ansiedad, dolor, insomnio
  - variable dependiente: formación recibida. **(Anexo III)**

El cuestionario consta de dieciséis preguntas, algunas de selección múltiple, y otras de formulación cerrada o abierta, de las cuales se han utilizado para este trabajo las nueve preguntas relacionadas con la temática tratada. Para el análisis de los datos se ha utilizado el paquete estadístico SPSS versión 18.0. <sup>(9)</sup>

- **La Escala de Zarit** reducida de Cuidados Paliativos es una de las que mejor se comporta, y permite identificar a todos los cuidadores con sobrecarga únicamente con 7 preguntas. **(Anexo IV)** extraída del artículo “El cuidador como paciente” Elsevier. <sup>(10)</sup>  
Puntuación total. Establece diferentes grados de sobrecarga en función de la puntuación obtenida:
  - ✓ Menor o igual a 46: ausencia de sobrecarga
  - ✓ 47-55: sobrecarga ligera
  - ✓ Mayor o igual a 56: sobrecarga intensa
- **Las repercusiones psico-físicas del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores.** Encuesta de elaboración propia para valorar algunas de las repercusiones (psico-físicas) más frecuentes que suelen afectar a los cuidadores informales. **(Anexo V)**

A cada una de las frases se debe responder expresando la frecuencia con la que se tiene ese síntoma, poniendo una cruz en la casilla correspondiente y número que considere más adecuado.

- **Índice del esfuerzo del cuidador:** entrevista semiestructurada que se utiliza para el cribado de la sobrecarga o sobreesfuerzo percibido por el cuidador. Consta de 13 preguntas con respuestas de verdadero o falso, y cada respuesta afirmativa puntúa 1. Se considera un nivel elevado de sobreesfuerzo cuando la puntuación es igual o mayor de 7.

## 5.6 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Análisis estadístico: La expresión de las características categóricas se realizó con frecuencia simple y porcentajes. Las variables discretas se expresaron con media +/- desviación estándar. Para la comparación de grupos se utilizó X<sup>2</sup> y Análisis de varianza. Se consideró una significancia estadística con una p menor 0,05. Para el análisis de resultados se utilizó el programa de computación EPI INFO 2000.

## 5.7 CRONOGRAMA

**1ª Fase:** Preparación del Trabajo y solicitud de permisos.

**2ª Fase:** Recogida de datos (encuestas).

**3ª Fase:** Análisis e interpretación de datos.

**4ª Fase:** Redacción del informe final

**5ª Fase:** Presentación de los resultados

Nº	Actividad	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
1	Preparación del trabajo y solicitud de permisos					
2	Recogida de datos(encuestas)					
3	Análisis e interpretación de datos					
4	Redacción del informe final					
5	Presentación de resultados					

## 6 BIBLIOGRAFÍA

1. Chirveches Pérez E. Repercusiones del cuidar en los cuidadores informales de pacientes quirúrgicos en su domicilio. Tesis doctoral. Barcelona 2013. (acceso el 5 de febrero de 2015) Disponible en:  
[https://www.google.es/?gws\\_rd=ssl#q=1.%09Chirveches+P%C3%A9rez+E.+Tesis+doctoral.+Repercusiones+del+cuidar+en+los+cuidadores+informales+de+pacientes+quir%C3%BArgicos+en+su+domicilio.+Universitat+de+Barcelona](https://www.google.es/?gws_rd=ssl#q=1.%09Chirveches+P%C3%A9rez+E.+Tesis+doctoral.+Repercusiones+del+cuidar+en+los+cuidadores+informales+de+pacientes+quir%C3%BArgicos+en+su+domicilio.+Universitat+de+Barcelona).
2. Ballester Ferrando D, Juvinyà Canal D, Brugada Motjé N, Doltra Centellas J, Domingo Roura A. Cambios en los cuidadores informales en cuanto a estilos de vida, relaciones y alteraciones de salud mental. Rev. Presencia. 2006. (acceso el 5 de febrero de 2015. Disponible en: <<http://www.index-f.com/presencia/n4/56articulo.php>> [ISSN:1885-0219]
3. Crespo López M, López Martínez J. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa “Cómo mantener su bienestar”

Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria de Estado de Servicios Sociales Familias y discapacitados. (IMSERSO) (2006)

4. Ferrer Hernández M E, Luis Cibanal J. El aprendizaje de cuidados familiares a pacientes con Alzheimer. Alicante 2008. (acceso el 7 de febrero de 2015) Disponible en:<https://www.google.es/search?q=3.%09Ferrer+Hernández++M.+Elena.+El+aprendizaje+de+cuidados+familiares+a+pacientes+con+Alzheimer.+El+ingenio+desarrollado+sobre+la+>
5. Sánchez López M P, Díaz Morales J F, Cuéllar Flores I, Castellanos Vidal B, Fernández Martínez M T, De Tena Fontaneda Á F. La Salud Física y Psicológica de las Personas Cuidadoras: Comparación entre Cuidadores Formales e Informales. (2007) Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria de Estado de Servicios Sociales Familias y discapacitados. (IMSERSO)
6. Martínez de la Fuente I. Formación de los cuidadores informales de personas diagnosticadas de Alzheimer en los estadios tempranos de la enfermedad. (2010) (acceso el 8 de febrero de 2015). Disponible en:  
<http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.uned.es%2Fintervencion-inclusion%2Fdocumentos%2FProyectos%2520realiz>
7. Crespo López M, López Martínez J. El Apoyo de los Cuidadores de Familiares Mayores Dependientes en el Hogar. (2006) Edita: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria de Estado de Servicios Sociales Familias y discapacitados. (IMSERSO)
8. Minguela Recover M.A, Camacho Ballesta JA. Dependencia: Cuidados formales e informales en Andalucía. Diferencias entre el ámbito rural y urbano. Universidad de Granada. (acceso el 7 de febrero de 2015). Disponible en :  
[http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CDMQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.unavarra.es%2FdigitalAssets%2F149%2F149685\\_1000006\\_Dependencia\\_-Cuid](http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CDMQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.unavarra.es%2FdigitalAssets%2F149%2F149685_1000006_Dependencia_-Cuid)
9. Zambrano Domínguez EM, Guerra Martín D. Formación del cuidador informal: relación con el tiempo de cuidado a personas dependientes mayores de 65 años,

2012, vol.12, nº3, pp.241-251. (acceso el 25 de febrero de 2015). Disponible en : [www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n3/v12n3a04.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n3/v12n3a04.pdf)

10. Saiz Ladera GM, Bordallo Huidobro JR, García Pascual JN. El cuidador como paciente. 2008, vol. 15, nº 7, pp. 418-426. (acceso el 14 de febrero de 2015) <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/45/45v15n07a13125276pdf00>
11. Roca Roger M, Úbeda Bonet I, Fuentelsaz Gallego C, López Pisa R, Pont Ribas A, García Viñets L et al. Pedreny Oriol R. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. Rev. 2000. Vol. 26. Núm. 04 (acceso el 15 de febrero de 2015) <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-impacto-del-hecho-cuidar-salud-11869>
12. Fernández Lao I, Silvano Arranz A. Perfil, valores y creencias de inmigrantes cuidadores de personas dependientes en domicilio. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0525.php>
13. Torres Egea P, Ballesteros Pérez E, Sánchez Castillo PD, Gejo Bartolomé A. Programas, intervenciones y redes de apoyo a los cuidadores informales en salud. Necesidad de convergencia entre los programas formales y el apoyo informal. Nursing, 2008, vol. 26, núm. 6, p. 56-61. (acceso el 3 de marzo de 2015) Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/34075>
14. Alfaro-Ramírez del Castillo O I, Morales-Vigil T, Vázquez-Pineda F, Sánchez-Román S, Ramos-del Río B, Guevara-López U. Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales. Disponible en: [https://scholar.google.es/scholar?start=20&q=impacto+en+la+salud+del+cuidador+principal&hl=es&as\\_sdt=0,5](https://scholar.google.es/scholar?start=20&q=impacto+en+la+salud+del+cuidador+principal&hl=es&as_sdt=0,5)
15. Flores E, Rivas E, Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Cienc. enferm.* 2012, vol.18, n.1, p. 29-41. (acceso el 19 de febrero de 2015) Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532012000100004](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000100004)

16. Espinoza Lavoz E, Méndez Villarroel V, Lara Jaque R, Rivera Camaño P. Factores asociados al nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes. 2009, vol. 18, pp. 69-79. (acceso el 21 de febrero de 2015. Disponible en: [https://scholar.google.es/scholar?start=10&q=sobrecarga+en+el+cuidador+informal&hl=es&as\\_sdt=0,5](https://scholar.google.es/scholar?start=10&q=sobrecarga+en+el+cuidador+informal&hl=es&as_sdt=0,5)
17. Losada Baltar A, Montorio Cerrato I, Fernández de Trocóniz Mi, Márquez González M. Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales. Imsero. Premio Infanta Cristina 2005. Disponible en: <http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.imsero.es%2FInterPresent2%2Fgroups%2Fimsero%2Fdocuments%2Fbinari>
18. Domínguez JA, Ruíz M, Gómez I, Gallego E, Valero J, Izquierdo MT. Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. Med. Fam. 2012; Vol. 38. Nº. 01 (acceso el 3 de marzo de 2015) Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-articulo-40>
19. Guerra Martín MD, Zambrano Domínguez EM. Relación entre los problemas de salud de los mayores dependientes y la formación de los cuidadores informales. Enf. Glob. 2013, vol.12, nº.32. (acceso el 22 de febrero de 2015) Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412013000400012&script=sci\\_arttext&lng=es\\_](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S169561412013000400012&script=sci_arttext&lng=es_)

## **7 OTRAS BIBLIOGRAFÍAS CONSULTADAS**

- ❖ Fernández de Larrinoa Palacios PP, Martínez Rodríguez S, Ortiz Marqués N, Carrasco Zabaleta M, Solabarrieta Eizagirre J, Gómez Marroquín I. Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. 2011, Vol. 23, nº 3, p. 388-393. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3687110>
- ❖ Gil MJ et al. El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones en la calidad de vida y su salud. Rev. Clin. Med. Fam. 2009, vol.2, nº 7, pp. 332-339. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699695X2009000200004&script=sci\\_pdf](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699695X2009000200004&script=sci_pdf)

- ❖ Losada A, Márquez González M Peñacoba C, Gallagher-Thompson D, Knight B. Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinar. 2007. Vol. 15, nº 1, pp. 57-76. Disponible en: <http://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=formacion+de+cuidadores+informales&btnG=&lr=>
- ❖ Espín Andrade AM. Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. Rev. Cub. Sal. Públ. 2008, vol. 34, nº 3. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086434662008000300008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662008000300008)
- ❖ López Casanova P, Rodríguez- Palma M, Herrero-Díaz MA. Perfil social de los cuidadores familiares de pacientes dependientes ingresados en el Hospital General Universitario de Elche. 2009, vol. 20, nº 4. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S1134928X2009000400004&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1134928X2009000400004&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
- ❖ Ras Vidal E, Bascuñana Boix A, Ferrando López C, Martínez Riaza D, Puig Ponsico G, Campo Estaun L. Repercusiones en el cuidado de los enfermos crónicos domiciliarios. 2006, vol. 38, nº7, p.416. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656706705388>
- ❖ Moreno-Gaviñoa L, Bernabeu-Wittela M, Álvarez-Tello M, Rincón Gómeza M, Bohórquez Colomboc P, Cassani Garzaa M. et al. Sobrecarga sentida por la figura del cuidador principal en una cohorte de pacientes pluripatológicos. 2008, vol.40, nº 4, pp. 193-198 (Acceso punto Q). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656708703147>

## 8. ANEXOS

### 7.1 ANEXO I

Yo, Gloria Rodríguez Acera, con D:N:I: nº 07945152-D, estudiante de 4º Grado de Enfermería de la Escuela de Enfermería y Fisioterapia de la Universidad de La Laguna, solicito a la Dirección del Centro de Salud “Casco Botánico” de la ciudad de Puerto de la Cruz, me autorice acceder al programa informático Drago para conseguir los datos necesarios para la realización de mi proyecto de fin de carrera (TFG): **“Perfil de Salud del cuidador Informal en el norte de la isla de Tenerife”**, o bien me sean facilitados por el centro.

La Dirección del Centro de Salud “Casco Botánico, le autoriza a acceder al programa Drago para la recopilación de datos necesarios para la realización de su TFG.

Fdo.

Puerto de la Cruz a,        de        2016





### 7.3 ANEXO III

#### Cuestionario de recolección de datos del/la cuidador/a informal (9)

Este cuestionario tiene como objetivo recoger una serie de datos socio-demográficos que nos permita definir el perfil del cuidador informal. Marque con una x en el recuadro lo que proceda.

1. Género:

- Femenino
- Masculino

2. Edad \_\_\_\_\_ años.

3. Nacionalidad \_\_\_\_\_

4. Estado civil

- Soltero/a
- Casado/a
- Viudo/a
- Separado/a y/o divorciado/a

çç

5. Situación laboral:

- Empleado/a a tiempo parcial
- Empleado/a a tiempo completo
- Desempleado/a
- Jubilado/a (por edad o invalidez)
- Otros (especificar):

6. Parentesco/relación con la persona cuidada:

- Hija/o
- Esposa/o o /compañera/o
- Nuera/yerno
- Madre/padre
- Sobrina/o
- Vecina/o
- Amiga/o
- Nieta/o
- Otros/as (especificar)\_\_\_\_\_

7. ¿Dispone de alguna persona u otro recurso que le ayuda a cuidar? SÍ\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_

8. En caso afirmativo especifique cuál: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Nivel de estudios:

- No sabe leer ni escribir
- Sabe leer y escribir
- Sin estudios
- Primaria
- E.S.O.
- Secundaria completa
- Bachillerato
- Módulo
- Universidad

10. ¿Ha recibido usted alguna vez formación sobre los cuidados que necesita la persona a la que cuida? SÍ\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_ En caso de que sí:

1. Formación: \_\_\_\_\_

2. Institución: \_\_\_\_\_

3. Profesional/es: \_\_\_\_\_

11. Tiempo que lleva de cuidador/a:

Menos de un año: \_\_\_\_\_ (Señalar el nº. de meses)

Más de un año: \_\_\_\_\_ Especificar cuántos años: \_\_\_\_\_

12. Tiempo que dedica al cuidado diariamente: \_\_\_\_\_ horas.

13. ¿Cree usted necesario formarse (o seguir formándose) sobre el/los problemas o cuidados que necesita la persona que cuida?

SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

14. Especifique por qué, en ambos casos \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. ¿Tendría usted posibilidades de recibir formación? SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

16, Especifique por qué, en ambos casos \_\_\_\_\_

#### 7.4 ANEXO IV

**Escala abreviada de Zarit** <sup>(10)</sup> Esta escala reducida nos permite identificar a todos los cuidadores con sobrecarga únicamente con 7 preguntas. A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia que sienta usted que es la suya. Marque una cruz en el número que considere más adecuado.

1. ¿Siente usted que, a causa del tiempo que pasa con su familiar/paciente ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo?

Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1	2	3	4	5

2. ¿Se siente estresado/a al tener que cuidar a su familiar/paciente y tener además que atender otras responsabilidades? (Por ejemplo, con su familia o en el trabajo)

Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
-------	------------	---------	----------------	--------------

1                      2                      3                      4                      5

3. ¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de forma negativa?

Nunca      Casi nunca      A veces      Frecuentemente      Casi siempre

1                      2                      3                      4                      5

4. ¿Se siente agotado/a cuando tiene que estar con su familiar/paciente?

Nunca      Casi nunca      A veces      Frecuentemente      Casi siempre

1                      2                      3                      4                      5

5. ¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?

Nunca      Casi nunca      A veces      Frecuentemente      Casi siempre

1                      2                      3                      4                      5

6. ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó?

Nunca      Casi nunca      A veces      Frecuentemente      Casi siempre

1                      2                      3                      4                      5

7. En general, ¿se siente muy sobrecargado/a al tener que cuidar de su familiar/paciente?

Nunca      Casi nunca      A veces      Frecuentemente      Casi siempre

1                      2                      3                      4                      5

## 7.5 ANEXO V

### **Repercusiones psicofísicas del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores.**

Esta encuesta nos va a permitir identificar algunas de las dolencias psicofísicas que padecen con frecuencia los cuidadores. Marque con una x el número que representa la frecuencia que usted cree que le corresponde en cada pregunta.

#### **INDICADORES:**

NUNCA (0) A VECES (1) A MENUDO (2) FRECUENTEMENTE (3) MUCHO (4)

1. Dolor de espalda	0	1	2	3	4
2. Tiene menos tiempo libre	0	1	2	3	4
3. Dolores musculares	0	1	2	3	4
4. Pesadez de piernas	0	1	2	3	4
5. Tensión muscular en cabeza, cuello, hombros	0	1	2	3	4
6. Temblor de manos	0	1	2	3	4
7. Cansancio	0	1	2	3	4
8. Dificultad para dormir	0	1	2	3	4
9. Nerviosismo	0	1	2	3	4
10. Tristeza	0	1	2	3	4
11. Llorar	0	1	2	3	4
12. Irritabilidad y enojo	0	1	2	3	4
13. Falta de deseo sexual	0	1	2	3	4
14. Olvidos y problemas de memoria	0	1	2	3	4

## 7.6 ANEXO VI

**ESFUERZO DEL CUIDADOR** En esta entrevista le voy a leer una lista de cosas que han sido problemáticas para otras personas. ¿Puede decirme si alguna de ellas se puede aplicar a su caso

1. Tiene trastornos de sueño (Ej. Porque el paciente se acuesta y se levanta o pasea por la casa de noche)	SI	NO
2. Es un inconveniente (Ej. Porque la ayuda consume mucho tiempo o se tarda mucho)	SI	NO

en proporcionar)		
3. Representa un esfuerzo físico (Ej. Hay que sentarlo, levantarlo de una silla	SI	NO
4. Supone una restricción (Ej. Porque ayudar limita el tiempo libre o no puede hacer visitas.	SI	NO
5. Ha habido modificaciones en la familia (Ej. Porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad)	SI	NO
6. Ha habido cambios en los planes personales ( Ej. Se tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones)	SI	NO
7. Ha habido otras exigencias de mi tiempo (Ej. Por parte de otros miembros de la familia)	SI	NO
8. Ha habido cambios emocionales (Ej. Causa de fuertes discusiones	SI	NO
9. Algunos comportamientos son molestos (Ej. La incontinencia, al paciente le cuesta recordar cosas.	SI	NO
10. Es molesto darse cuenta de que el paciente ha cambiado tanto comparado con antes (Ej. Es una persona diferente de antes)	SI	NO
11. Ha habido modificaciones en el trabajo (Ej. A causa de la necesidad de reservarse tiempo para la ayuda )	SI	NO
12. Es una carga económica	SI	NO
13. Nos ha desbordado totalmente ( Ej. Por la preocupación acerca de la persona cuidada o preocupaciones sobre como continuar el tratamiento)	SI	NO

