



Sección de Enfermería
Universidad de La Laguna

Salud mental de cuidadores informales de pacientes crónicos y dependientes

Trabajo de Fin de Grado

Grado en Enfermería - Sede de La Laguna

Junio de 2023

Autor: Eduardo Armas Clemente

Tutor: Jesús Manuel Quintero Febles

Resumen

Hay numerosos casos de personas con ciertas limitaciones físicas, psicológicas, socioeconómicas o incluso arquitectónicas que automáticamente se convierten en pacientes dependientes cuyo bienestar tiene que estar asegurado las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Por la intensidad de trabajo, este suele llevarse a cabo por familiares directos del paciente (normalmente cónyuges o hijos). Esa misma intensidad a la que se somete este cuidador informal, dificulta a grandes escalas que este pueda tener un descanso digno y una vida fuera del entorno del paciente, afectando gravemente en el propio bienestar del cuidador.

El objetivo principal de este proyecto trata de describir la situación de cuidadores informales de pacientes crónicos y/o dependientes cuya salud mental y estabilidad emocional está comprometida por la gran sobrecarga que este trabajo puede ocasionar.

Para conocer este dato se realizará un estudio transversal descriptivo a través de varias encuestas dirigidas por la persona a cargo de la investigación y una recogida de datos a cargo del profesional elegido que tendrá lugar durante un tiempo esperado de doce meses. El estudio estará dirigido principalmente a los cuidadores informales de pacientes adjuntos al Servicio de Enfermería de Enlace del Centro de Salud de Taco, perteneciente al municipio de San Cristobal de La Laguna.

Palabras clave:

Salud mental. Cuidador. Paciente dependiente. Depresión.

Abstract

There are numerous cases of people with certain physical, psychological, socioeconomic or even architectural limitations who automatically become dependent patients whose well-being must be ensured 24 hours a day, 7 days a week. Because of the intensity of the work, this is usually carried out by direct relatives of the patient (usually spouses or children). This same intensity to which this informal caregiver is subjected makes it difficult for him/her to have a decent rest and a life outside the patient's environment, seriously affecting the caregiver's own well-being.

The main objective of this project is to describe the situation of informal caregivers of chronic and/or dependent patients whose mental health and emotional stability is compromised by the great overload that this work can cause.

In order to know this data, a descriptive cross-sectional study will be carried out through various surveys conducted by the person in charge of the research and data collection by the chosen professional that will take place during an expected time of twelve months. The study will be aimed mainly at informal caregivers of patients attached to the Liaison Nursing Service of the Taco Health Center, belonging to the municipality of San Cristobal de La Laguna.

Key words: Mental health. Caregiver. Dependent patient. Depression.

Abreviaturas

- CS. Centro de Salud
- ECE. Enfermero o Enfermería Comunitaria de Enlace
- ZBS. Zona Básica de Salud
- SM. Salud Mental
- NNN. NANDA, NOC, NIC
- NANDA. North American Nursing Diagnosis Association
- NIC. Nursing Interventions Classification
- HDRS. Hamilton Depression Rating Scale
- ZBI. Zarit Burden Inventory
- EAPN. European Anti-Poverty Network
- AROPE. At risk of poverty and/or exclusion - En riesgo de pobreza y/o exclusión

Índice

| | |
|--|---------------|
| 1. Introducción | Pág.: 6 - 13 |
| 1.1 Marco conceptual | |
| 1.1.1 Situación sociodemográfica y económica de Canarias | |
| 1.1.2 Falta de recursos oficiales y preventivos existentes | |
| 1.2 Evidencia científica del impacto sobre la salud de los cuidadores informales | |
| 1.3 Necesidad de la investigación | |
| 1.4 Objetivos | |
| 1.4.1 Principal | |
| 1.4.2 Específicos | |
| 2. Metodología | Pág.: 14 - 18 |
| 2.1 Diseño | |
| 2.2 Población y muestra | |
| 2.2.1 Criterios de inclusión | |
| 2.2.2 Criterios de exclusión | |
| 2.2.3 Variables | |
| 2.3 Instrumentos de medida | |
| 2.4 Recolección de datos | |
| 2.5 Análisis estadístico | |
| 2.6 Consideraciones éticas | |
| 3. Logística | Pág.: 19 - 20 |
| 3.1 Cronología | |
| 3.2 Presupuestos (materiales y humanos) | |
| 4. Bibliografía | Pág.: 21 - 23 |
| 5. Anexos | Pág.: 24 - 33 |
| 5.1 Anexo I (Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit) | |
| 5.2 Anexo II (Escala de Depresión de Hamilton) | |
| 5.3 Anexo III (Cuestionario complementario) | |
| 5.4 Anexo IV (Autorización para enfermero de enlace) | |
| 5.5 Anexo V (Autorización para participantes) | |
| 5.6 Anexo VI (Renuncia a la participación en el estudio) | |
| 5.7 Anexo VII (Glosario) | |

1. Introducción

El término de cuidar, desde su origen y en el contexto sanitario, se define como la acción propia del ser humano que implica atender a otras personas o a uno mismo de forma que se está alerta a sus necesidades y se intenta hacer lo posible para mejorar su capacidad o bienestar y evitar el dolor, la enfermedad y la muerte.^{1,2}

Una vez le preguntaron a la conocida antropóloga estadounidense Margaret Mead cuál creía que era el primer signo de civilización en una cultura, cuya respuesta fue un fémur de 15.000 años de antigüedad que se había roto y luego se había curado.³ Explicó que, dado que el fémur es el hueso más largo del cuerpo humano, toma mucho tiempo sanar sin tratamiento.³ En el reino animal, romperse una pierna es una sentencia de muerte. Por lo tanto, un fémur roto curado es evidencia de que alguien se tomó el tiempo para estar con la persona que se cayó, vendó la herida, levantó a la persona a un lugar seguro y la cuidó mientras se recuperaba.³

Asimismo, se puede asegurar que el cuidar es uno de los pilares básicos de la sociedad. Esta acción ha estado presente en los inicios de nuestra especie y ha sufrido una gran evolución hasta la actualidad, tanto en el aspecto profesional como en el informal, especialmente gracias al papel de la mujer en esta. Manteniendo una relación histórica con la figura femenina, las bases de los cuidados como son la vida, el bienestar, la delicadeza, la dedicación o la naturaleza se han vinculado a las mujeres por su obligación arcaica de desarrollarlos en el hogar y a su familia.² Esto se debe también a que está arraigada en las distintas etapas del cuidado del cuerpo, la nutrición y el ciclo vital. Procesos como la higiene, el embarazo, la maternidad, el parto, la lactancia u otros más externos, como obtener recursos de los cultivos para alimentarse o experimentar los efectos curativos de las plantas, convierten a las mujeres en expertas en curar y aliviar.²

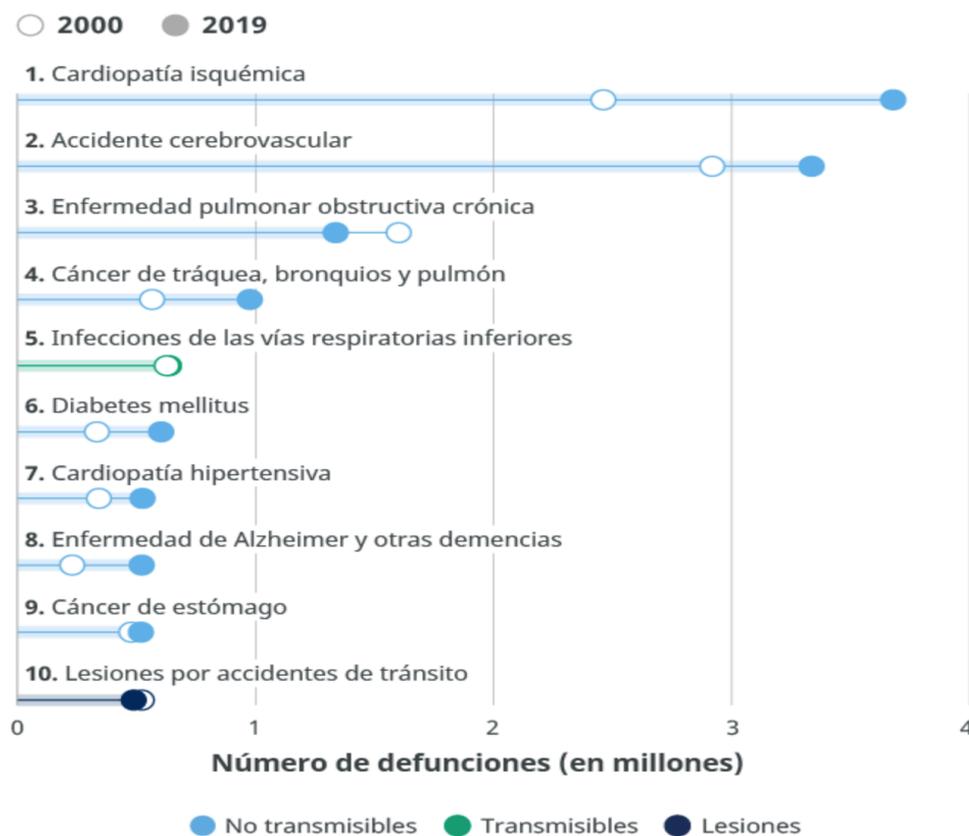
En la actualidad, este papel está globalizado en la sociedad. Además de los trabajadores sanitarios, también hay trabajadores asistenciales informales o domésticos, es decir, los que trabajan en el hogar u hogares privados.⁴ Prestan servicios asistenciales directos e indirectos y son, por tanto, miembros clave del sistema asistencial.⁴ La aparición de familiares necesitados de cuidados crea nuevas situaciones familiares que pueden dar lugar a cambios significativos en las estructuras familiares y en los papeles y

comportamientos de los miembros de la familia.⁵ Por ello, la eficacia de los cuidados es una cuestión que requiere mucha atención y reformas, ya que está vinculada a la continuidad de los cuidados y requiere el consentimiento de la familia y el personal de cuidados.^{5,6}

1.1 Marco conceptual

1.1.1 Situación sociodemográfica y económica de Canarias.

Gracias a todos los avances que la ciencia y la medicina han conseguido a lo largo de los años, se ha reducido la virulencia de diferentes patógenos y por lo tanto, ha menguado la prevalencia de este tipo de enfermedades como causa de muerte principal, por lo menos en países con ingresos medianos-altos como podría resumirse la situación media del conjunto de países en Europa.⁷



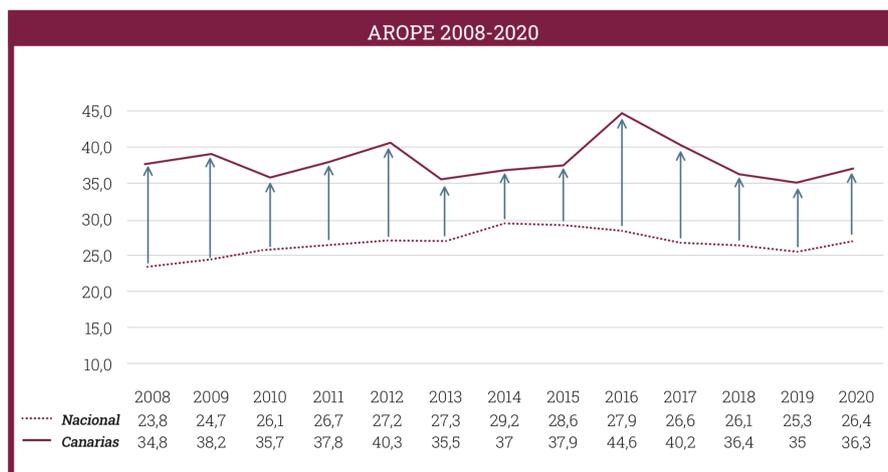
Fuente: WHO Global Health Estimates. Nota: Clasificación del Banco Mundial en función de los ingresos 2020.⁷

Esto, junto a otras mejoras, sobre todo a nivel de infraestructuras, ha dotado a la humanidad de una mejor calidad de vida que se traduce en una mayor esperanza de la misma. España, como el resto de países industrializados, está sufriendo lo que se conoce como población envejecida. En 2020, un 22'9% de la población española era mayor de 65 años.⁸ Se estima que esta esperanza de vida, muy por encima de otros países del mundo entero, seguirá aumentando, presentando unas previsiones algo notables para el año 2050: 31'4% de la población española podría ser mayor de 65 años.⁸

En Canarias, los datos muestran la misma tendencia. El censo de personas ancianas en 2021 aumentó en hasta un 7% respecto al 2020 haciendo una total de 126'2% o 126 mayores de 65 años contabilizadas por cada 100 menores de 16.⁹ La provincia de Santa Cruz de Tenerife presenta una población más envejecida que Las Palmas, alrededor del 137% frente al 116% grancanario.⁹ En 2020, la provincia de Santa Cruz presentaba un total de 207.270 adultos mayores de 65 años frente al total de 1.102.341 del conjunto de islas, alrededor de un 19%.¹⁰

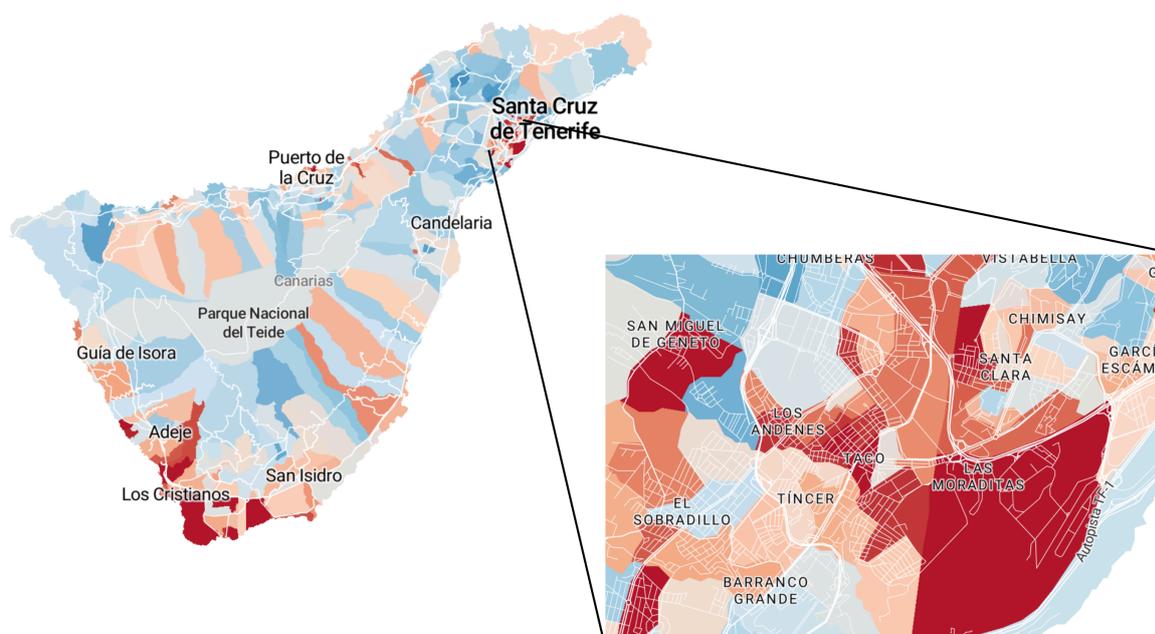
Esta circunstancia de aumento de la población anciana representa a su vez un auge de las enfermedades crónicas, acompañadas de un declive físico y mental, y la disminución del rendimiento, es decir, una cantidad mayor de personas que necesitan atención.⁵ Cuidados que recaen en cuidadores informales (familiares o conocidos) debido a la falta de sanitarios, concretamente enfermeras, y de recursos que sufre España.^{5,11}

Por otro lado, según la EAPN, Canarias tiene una de las rentas medias por unidad consumida más bajas del país y ocupa el cuarto puesto más inferior a nivel nacional.¹² Por lo general, las Islas Canarias se han enfrentado a índices de riesgo de pobreza y exclusión social muy elevados durante al menos la última década, consistentemente muy por encima de la media nacional y ocupando los primeros puestos en clasificaciones de todo el país.¹² Asimismo, en cuanto a la tasa AROPE del año 2020, Canarias ocupaba el segundo lugar entre todas las regiones españolas, siendo la primera respecto a comunidades autónomas con un total del 36,3% de la población canaria en riesgo de pobreza y/o exclusión social.¹²



Fuente: Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español (2021)¹²

Se considera pobre a una persona cuando no cuenta con los recursos necesarios para cubrir sus necesidades básicas insustancialmente aceptable por el país en el que se reside.¹² La pobreza severa representa el mayor grado de esta situación, reflejando aquellos que viven con ingresos por unidad de consumo inferior al 40% de la media de renta nacional.¹² En el año 2020, un 17'6% de los canarios sobrevivía con ingresos mensuales inferiores a 510 euros al mes por unidad de consumo.¹³



Fuente: INE-Estadística Experimental¹³

En esta imagen se puede observar, en un gradiente de menos a más representado por los colores azul y rojo respectivamente, el porcentaje de habitantes de la zona que ingresa una cantidad menor de 416 euros al mes.¹³ En la isla capitalina de Tenerife, uno de los focos más preocupantes se encuentra en la zona metropolitana que separa los municipios de Santa Cruz de Tenerife y San Cristóbal de La Laguna, barrios como Taco o Las Chumberas.¹³

1.1.2 Falta de recursos oficiales y preventivos existentes.

Otro de los aspectos de los que se despoja a estos cuidadores es la falta de apoyo formativo y preventivo. El Servicio Canario de Salud carece, o por lo menos no se ha podido encontrar, de un Programa de Prevención de Salud Mental del Cuidador protocolizado y estandarizado para poder mejorar este aspecto que, ya estudiado y demostrado y como se defiende en este informe, es frecuente que esté comprometido. La falta de este impide al personal enfermero actuar sobre esta problemática como se aconseja y difunde en la clasificación NNN mediante la actividad enfermera o NIC de “Apoyo al cuidador principal (7040)” propia del diagnóstico o NANDA “Cansancio del rol del cuidador (00061)”.¹⁴

Por otro lado, sí existen talleres informativos, aunque escasos, sobre diferentes patologías que derivan en dependencia (p. ej. Alzheimer) en los que se explica aspectos de la enfermedad y cómo prestar actividades de cuidado más correctas.¹⁵ A pesar de esto, son asociaciones de cuidadoras como Acudafe¹⁶ o Afate¹⁷, o la propia iniciativa de las enfermeras o más concretamente la ECE, mediante talleres extraoficiales, los que se encargan de formar a las cuidadoras en la medida de lo posible así como atender la resiliencia que estas puedan sufrir después de proporcionar esa asistencia continua.

1.2 Evidencia científica del impacto sobre la salud de los cuidadores informales

Previamente al desarrollo de la metodología y para el correcto desarrollo de este proyecto, se ha realizado una búsqueda bibliográfica detallada de la información relacionada con el estudio a través de numerosos artículos reconocidos y especialmente las bases de datos SciELO y PubMed, a las que se ha accedido mediante PuntoQ, el portal de búsqueda de información de la Universidad de La Laguna.

Para una síntesis de información más concreta y relevante se utilizaron los descriptores de búsqueda en español “cuidados”, “cuidadores informales”, “paciente dependiente”, “salud mental”, “asistencia doméstica”. Términos cuya traducción se utilizaron para la búsqueda en inglés: "care", "informal caregivers", "dependent patient", "mental health", "home care”.

En diferentes investigaciones que se han llevado a cabo para analizar la SM de cuidadores informales de pacientes con diferentes patologías, en la mayoría se ha llegado a la misma conclusión en la que existe cierto grado de afección en el campo psicológico o incluso psicosocial.

En un estudio de 2017 verificado por la Universidad de A Coruña, analizaron el nivel de sensación de sobrecarga y el bienestar percibido de 30 cuidadores informales que cuidaban a pacientes con enfermedades mentales y demostraron que, si bien el 60% de la población de pacientes del estudio no sentía sobrecargar, más de dos tercios, o el 67%, confirmaron que creían que su salud era mala.¹⁸

Una investigación colombiana realizada por Ávila-Toscano J.H. y Vergara-Mercado M., en 2014 que pretendía valorar la calidad de vida de cuidadores familiares, utilizó el cuestionario WHOQOL-Bref (World Health Organization Quality of Life Brief Version) para valorar a los participantes en diferentes esferas de salud, entre ellas psicológica y social¹⁹. La población diana constó de 127 cuidadores, divididos en un 22% de hombres y un 78% de mujeres.¹⁹ Respecto a los resultados del análisis, se concluyó que estas personas experimentan alteraciones en el funcionamiento normal de su organismo: en SM, un “94,5% la valoró negativamente con calificativos que van de regular a deficiente”¹⁹. Por otro lado, la dimensión de relaciones sociales cuyo déficit también puede alterar el psicológico, presentó el peor resultado con un 99,2% de los individuos considerándola deficiente.¹⁹

En 2016, varios enfermeros de una Zona Básica de Salud en el Distrito Centro de Madrid publicaron un análisis de sobrecarga del cuidador informal, pero esta vez de pacientes inmovilizados.²⁰ La muestra empleada atendió a un total de 60 cuidadores con diferencia de géneros menos significativa, 21 hombres y 39 mujeres.²⁰ Aún así,

argumentan que el género del cuidador muestra una influencia importante en el grado de sobrecarga, presentando las cuidadoras de sexo femenino un estado de salud peor en todas las escalas.²⁰ Como instrumento de medida utilizaron el Índice de Esfuerzo del Cuidador (ICE) cuyo recuento igual o superior a 7 puntos refiere un elevado nivel de esfuerzo.²⁰ Asimismo, la puntuación media de la prueba para todos los cuidadores fue de 7,17, existiendo 35 casos con puntuación mayor a 7 puntos.²⁰

Hallazgos como los de estos estudios sugieren que la fatiga del cuidador es un problema muy común y grave en el que hay que actuar de raíz, protegiendo a todos por igual pero sin desatender los diferentes factores que puede agravar la situación de cada individuo.

1.3 Necesidad de la investigación

La población en España, y por tanto en Canarias, está envejeciendo a pasos de gigante. Más personas cada día se vuelven dependientes para actividades básicas de la vida diaria o del hogar, por diferentes enfermedades y situaciones, o por el simple hecho de hacerse mayor y no ser tan ágiles como antes. Esto aumenta la necesidad de realizar cuidados domésticos y por lo tanto una mayor plantilla de personal sanitario que pueda hacerse cargo de estos pacientes.

La falta de enfermeras y personal competente en la vía pública obliga a buscar esta ayuda mediante otros recursos privados. Una gran cantidad de canarios no tienen disponibilidad económica necesaria para beneficiarse de estos diferentes recursos privados que pueden facilitar este proceso. Por ello, en un gran porcentaje de los casos en los que se necesita una persona cuidadora, esta responsabilidad termina recayendo sobre los hombros de un familiar, normalmente cercano. La carga física y mental de cuidar a un familiar, junto a la suma de todos los aspectos de la vida privada que puedan interactuar directa o indirectamente con esta actividad puede suponer un problema grave de salud mental e incluso general a la persona no formada que realiza los cuidados y consecuentemente, a la persona que los recibe.

El papel del servicio de Enfermería Comunitaria de Enlace es esencial en estos casos. Cuenta con los profesionales que estarán en primera línea, los que pueden detectar un problema de salud en el cuidador y actuar para prevenir un mal mayor. En Tenerife, de los 39 centros de salud que existen, apenas 1/3 prestan servicios de ECE.²¹ Esto dificulta la situación de muchos cuidadores no formales pues no pueden acceder a los recursos que este servicio podría ofertar.

La falta de estudios recientes de este ámbito en las Islas Canarias junto a los informes que demuestran la importancia de vigilar el estado de salud de los cuidadores informales, especialmente los de áreas menesterosas económicamente, han servido de motivación para la elaboración de este proyecto de investigación con la población de Taco como muestra, puesto que este barrio cuenta con las características esenciales para este estudio: tener un CS con servicio de ECE y ser un núcleo económicamente desfavorecido.

1.4 Objetivos

1.4.1 Principal

- Describir la situación de cuidadores informales cuya salud mental está subjetivamente comprometida, presentando, o no, un historial médico con diagnósticos actuales.

1.4.2 Específicos

Otros objetivos que se pretenden alcanzar con la realización de este proyecto son los siguientes:

- Determinar el nivel de sobrecarga que presenten los cuidadores respecto a sus actividades como tal.
- Valorar la relación entre presentar sobrecarga general (física, mental, social, económica) y sufrir una enfermedad que condicione la SM (depresión).
- Identificar aquellos factores económicos y sociodemográficos relacionados con el nivel de sobrecarga percibida de los cuidadores.
- Conocer el perfil promedio de cuidador informal de la ZBS de Taco.

2. Metodología

2.1 Diseño

Se trata de un proyecto no experimental descriptivo transversal, pues no transcurre la manipulación de las variables independientes, siendo el objetivo la descripción de los datos hallados tras la ejecución de las encuestas. Las variables se miden en un momento determinado y de una vez. Además, las variables independientes a tener en cuenta serían la edad, el género y las condiciones de trabajo del cuidador. Mientras que las dependientes serían el nivel de inestabilidad emocional y sobrecarga que presente la población diana.

Este proyecto es de tipo cuantitativo debido a que será el estudio de los datos lo que explique el fenómeno que se quiere estudiar de manera objetiva y sistemática. Para la obtención de dichos datos, se llevará a cabo una investigación utilizando como instrumento de recogida de datos encuestas en papel aunque no de realización propia, pues será regulada su elaboración y recogida por un profesional en la materia.

2.2 Población diana y muestra

La población diana elegida para este proyecto de investigación comprende la totalidad de los cuidadores de los pacientes dependientes de la zona de Taco o cuyo C.S. asignado sea este. A día de la entrevista presencial estructurada con el ECE, se sabe que este número se encuentra en torno a las 450 cuidadores, dato que podría cambiar significativamente en el momento de realizar el proyecto. Estos pacientes serán parte del cupo del servicio de Enfermería Comunitaria de Enlace que este centro presta, en el que se realiza un seguimiento exhaustivo de la condición de dependencia de estas personas y por lo tanto de sus cuidadores y las necesidades de estos.

Para determinar el tamaño de la muestra mínima necesaria de esta población finita se ha decidido utilizar la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 N p q}{e^2 (N - 1) + Z_{\alpha}^2 p q}$$

Donde:

- n: tamaño de la muestra
- Z_a : parámetro estadístico que depende del Nivel de Confianza (NC). En esta caso de 1'96 para un nivel de confianza de 95%
- N: tamaño de la población, 450 cuidadores
- p: probabilidad de que ocurra el evento estudiado, un 75% o 0'75
- q: $(1 - p)$ = probabilidad de que no ocurra el evento estudiado, un 25% o 0'25
- e: error de estimación máximo aceptado, un 5% o 0'05

$$n = \frac{(1'96)^2 \cdot 450 \cdot 0'75 \cdot 0'25}{(0'05)^2 \cdot (450 - 1) + (1'96)^2 \cdot 0'75 \cdot 0'25} \approx 176$$

El resultado muestra un tamaño muestral mínimo de 176 personas. Aún así, la muestra por conveniencia y no probabilística constará de toda la población diana para subsanar las posibles pérdidas resultantes por las variables y criterios de exclusión o por un bajo nivel de participación debido al delicado tema del proyecto ya que mucha gente podría ser reacia a participar.

2.2.1 Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión incluyen:

- Ser cuidador durante un período de tiempo mayor a 1 año.
- Ser cuidador de un paciente dependiente correspondiente al C.S. de Taco.
- Ser cuidador de un paciente que esté en el cupo del ECE.
- Haber firmado el consentimiento y ser colaborador.

2.2.2 Criterios de exclusión

Entre los criterios de exclusión se presentan:

- Tener formación profesional previa a la atención de cuidados, es decir, sanitarios.
- Presentar un trastorno de salud mental con diagnóstico previo a su condición de cuidador.
- Cobrar algún tipo de incentivo por los cuidados.
- Ser cuidador parcial, es decir, compartir las tareas con otros familiares o conocidos, por igual.

2.2.3 Variables

Entre las diferentes variables elegidas para efectuar este proyecto diferenciamos las variables sociodemográficas y las variables propias del estudio:

- Variables sociodemográficas:
 - Edad: variable cuantitativa continua.
 - Género: variable cualitativa nominal policotómica (Mujer/Hombre/Otro).
 - Prestar cuidados a pacientes cuyo C.S. sea Taco: variable cualitativa ordinal dicotómica (Sí/No).

- Variables propias del estudio:
 - Ser familiar o conocido cercano: variable cualitativa ordinal policotómica (Familiar/Conocido cercano/Extraño)
 - Recibir apoyo familiar: variable cualitativa ordinal dicotómica (Sí, explicar/No)
 - Ser cuidador durante al menos 1 año: variable cualitativa ordinal dicotómica (Sí/No)
 - Tiempo de trabajo: variable cualitativa ordinal policotómica
 - Tiempo de descanso: variable cualitativa ordinal policotómica
 - Lugar de procedencia: variable cualitativa nominal dicotómica (España/Otro)

2.3 Instrumentos de medida

Para la recogida de los datos necesarios para la ejecución del estudio, se utilizarán dos escalas validadas, la ZBI (**Anexo I**) y la HDRS (**Anexo II**), y una tercera complementaria de elaboración propia (**Anexo III**) para adquirir ciertos datos personales del entrevistado necesarios para conseguir una investigación más certera y acorde tanto a las variables del estudio como a los criterios de inclusión y exclusión.

El primer cuestionario a realizar se trata del Zarit Burden Interview o Escala de Zarit, escala que consta de 22 ítems que mide la sobrecarga subjetiva que sufren los cuidadores de personas dependientes. Cada una de estas preguntas relacionadas con los sentimientos del cuidador respecto a la persona que cuidan, se puntúa desde el 1 (Nunca) hasta el 5 (Casi siempre). Asimismo, con una puntuación mínima de 22 puntos y otra máxima de 110 puntos; menos de 47 puntos significaría “No sobrecarga”, de 47 a 55

resultaría en “Sobrecarga leve” y con una puntuación mayor a 55 se consideraría “Sobrecarga intensa”.

Además de este, también se utilizará la Hamilton Depression Rating Scale o Escala de Depresión de Hamilton. Este formulario que incluye 17 ítems, valora cuantitativamente la gravedad de los síntomas de depresión. Se suele utilizar en casos de depresión ya diagnosticada para seguimiento pero se hará uso de ella en este estudio debido a su especificidad. La puntuación final y total es la suma de los valores dados a todos los apartados, siendo el mínimo de 0 y el máximo de 52. Cada ítem puede recibir una puntuación de 0-2 o 0-4 pues el número de respuestas varía según la pregunta. Los puntos de corte son los siguientes: entre 0-5 pts “No deprimido”, 8-13 “Depresión menor”, 14-18 “Depresión moderada”, 19-22 “Depresión severa” y 23 pts o más “Depresión muy severa”.

La entrevista dedicada a rellenar las 3 encuestas no debería suponer más de 30 minutos por participante. Los cuestionarios se completarán de forma heteroaplicada, es decir, de manera oral donde el entrevistador lee las preguntas y respuestas y el entrevistado elige la más adecuada para su caso.

2.4 Método de recogida de datos

Para comenzar con el método de recogida de información, se ha creado una carta informativa (**Anexo IV**) que recoge toda la descripción del proyecto. Con esta también se pretende obtener una autorización explícita del ECE del C.S. de Taco, puesto que se contará con la ayuda del profesional para la divulgación de los cuestionarios debido a su condición de enfermero a cargo de los pacientes a los que nuestra población diana presta servicios de cuidados. De este modo, y mediante una fuente fiable y profesional capacitada tanto para realizar los cuestionarios como para solventar cualquier pregunta que pueda presentar el sujeto a estudiar, se podrá tener un seguimiento de los participantes en todo momento.

Las primeras tomas de contacto con el cuestionario servirán como casos piloto para validar las herramientas de estudio y actuar en caso de que tengan que ser modificadas. Para ello, y durante los 12 meses de recogida de datos, se realizarán dos

recogidas de los formularios: una a los 3 meses del comienzo de las entrevistas y otra al final de este periodo. Asimismo, en la carta informativa se facilitarán datos de contacto para solventar cualquier imprevisto o cuestión.

2.5 Análisis estadístico

Los resultados adquiridos se dispondrán mediante un análisis descriptivo de las variables, diferenciando las cualitativas de las cuantitativas. Las variables cualitativas se comprobarán mediante las frecuencias absoluta y relativa; mientras que las cuantitativas se enunciarán a través de la media y desviación típica.

Estos datos se representarán con ayuda de una gráfica circular para tener una perspectiva más visual, aunque también aparecerán en porcentajes. Para llegar a los resultados del análisis de las variables se utilizará el paquete estadístico informático IBM SPSS Statistics, del que se encargará el estadístico contratado.

2.6 Consideraciones éticas

Para poder llevar a cabo este proyecto de forma correcta se necesitará contar con la autorización por escrito de participación por parte de los individuos que cederán sus datos. De igual forma, se ha elaborado un consentimiento informado de participación que deberá distribuirse a los interesados antes de realizar la entrevista y obtener sus datos personales (**Anexo V**). En este consentimiento se explica brevemente el objetivo del estudio y la razón de uso del cuestionario.

En esta autorización queda reflejado el carácter voluntario de la realización del cuestionario como bien dicta la Ley 41/2002, 14 de noviembre, “básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica”²². Además, el entrevistado podrá cancelar su participación en cualquier momento mientras el proyecto se esté llevando a cabo mediante la presentación firmada de la renuncia (**Anexo VI**), siguiendo las bases de la Ley Orgánica 3/2018, 5 de diciembre, de “Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales”²³.

3. Logística

3.1 Cronograma

Este proyecto de investigación se pretende realizar en un período de 18 meses dividido en los siguientes apartados:

| | Mes 1 | Mes 2 | Meses 3 - 14 | Meses 15 - 16 | Mes 17 | Mes 18 |
|---------------------------|-------|-------|--------------|---------------|--------|--------|
| Búsqueda bibliográfica | | | | | | |
| Diseño del proyecto | | | | | | |
| Solicitud de permisos | | | | | | |
| Recogida de datos | | | | | | |
| Análisis estadístico | | | | | | |
| Redacción del informe | | | | | | |
| Publicación de resultados | | | | | | |

Debido a que se depende de la disponibilidad del enfermero de enlace para la correcta divulgación de la encuesta y por lo tanto la recogida de datos, este periodo reflejado en color azul consta de un total de doce meses para asegurarnos de que se ha realizado la visita a todos los pacientes.

3.2 Presupuesto

El presupuesto utilizado en este proyecto comprende tanto recursos materiales como humanos debido a la contratación de un estadístico para realizar la parte analítica de la investigación:

| | Concepto | Unidad de medida | Cantidad | Total, en € |
|----------------------------|--|------------------|----------|-----------------|
| Recursos humanos | Investigador | Persona | 1 | - |
| | Encuestador | Persona | 1 | - |
| | Estadístico | Persona | 1 | 300 € |
| Recursos materiales | Ordenador | Unidad | 1 | 199 € |
| | Impresora (más tinta) | Unidad | 1 | 49,99 € |
| | Pack 500 folios | Paquetes | 2 | 19,98 € |
| | Material de oficina (bolígrafos, clips...) | Unidad | - | 50 € |
| | | | | 618,97 € |

Los gastos de recursos humanos se basan en la contratación de un estadístico para el análisis de los datos obtenidos tras el periodo de recolección. El contrato constará de un total de 30 horas trabajadas, distribuidas en un mes, por un sueldo de 10 euros la hora o 300 euros totales.

4. Bibliografía

1. Pérez Porto J, Gardey A. Cuidado - Qué es, definición y concepto [Internet]. Definicion.de; 2010 [actualizado 14 de junio de 2021; consultado 12 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://definicion.de/cuidado/>
2. Achury Saldaña DM. La historia del Cuidado y su influencia en la concepción y evolución de la enfermería. Investg. Enferm. Imagen Desarrollo. [Internet]. 5 de agosto de 2011 [citado 10 de mayo de 2023];8(1):8-15. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1573>
3. Spivey M. How Do You Define When Civilization Starts? [Internet]. The Spivey Blog. 2020 [citado 11 mayo 2023]. Disponible en: <https://www.spiveyblog.com/posts/how-do-you-define-when-civilization-starts>
4. Who are domestic workers (Domestic workers). [citado 9 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://www.ilo.org/global/topics/domestic-workers/who/lang--en/index.htm>
5. López Gil M^aJ, Orueta Sánchez R, Gómez-Caro S, Sánchez Oropesa A, Carmona de la Morena J, Alonso Moreno FJ. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2009 Jun [citado 2023 Mayo 12]; 2(7): 332-339. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004&lng=es.
6. Guerra Arencibia VM. Influencia de la formación de los cuidadores principales en la mejora de la asistencia a pacientes terminales en domicilio [Internet]. Nure Investig; 2005 [citado 9 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/237>
7. Las 10 principales causas de defunción [Internet]. Who.int; 2020 [citado 14 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
8. Conde-Ruiz JI, González CI. El proceso de envejecimiento en España [Internet]. Madrid: fedea; 2021 [citado 12 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2021-07.pdf>

9. El envejecimiento se dispara en Canarias en 2021 [Internet]. canarias7. 2021 [citado 13 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.canarias7.es/canarias/envejecimiento-dispara-canarias-20210628145810-nt.html>
10. Población residente por fecha, sexo y edad [Internet]. INE. [citado 10 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=31304>
11. El Foro de Davos reconoce la escasez de profesionales: faltan 238.000 enfermeras en España [Internet]. IEFS.es; 2023 [citado 12 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://iefs.es/foro-de-davos-faltan-enfermeras-en-espana/>
12. Alguacil A, Díaz E, Jiménez N, Llano JC, Quiroga D. EL ESTADO DE LA POBREZA. Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España 2008-2020 [Internet]. Madrid: European Anti-Poverty Network; 2021 [citado 14 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.eapn.es/estadodepobreza/ARCHIVO/documentos/informe-ARPE-2021-canarias.pdf>
13. Vargas NG. MAPA [Internet]. elDiario.es. 2020 [citado 8 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.eldiario.es/canariasahora/sociedad/poblacion-canaria-barrios-islas-danados_1_6040643.html
14. Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería. [Internet]. NNNConsult. Elsevier; 2021 [citado el 12 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>
15. SCS. ATENCIÓN A LA PERSONA CUIDADORA [Internet]. Gobiernodecanarias.org. [citado 12 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=61b3ab68-fc2f-11dd-a72f-93771b0e33f6&idCarpeta=67e74986-6478-11e2-94c1-27ad239a50d5>
16. Asociación de Cuidadoras/es de Personas con Dependencia [Internet]. Acufade - Asociación de cuidadoras, familiares y amigos de personas con dependencia Alzheimer y otras demencias; 2021 [citado 10 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.acufade.org>
17. SERVICIOS PARA CUIDADORES [Internet]. Afate.es. [citado 15 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.afate.es/carta-de-servicios/servicios-para-cuidadores/>

18. Piñeiro I, Rodríguez S, Albite A, Freire C, Ferradás MM. Sobrecarga y salud percibida en cuidadores informales de pacientes con enfermedad mental. *European Journal of Health Research* [Internet]. 2017 [citado 13 de mayo de 2023];3(3):185. Disponible en: <https://revistas.uautonoma.cl/index.php/ejhr/article/view/1200>
19. Ávila-Toscano JH, Vergara-Mercado M. Calidad de vida en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas. *Aquichan* [Internet]. 2014 Sep. [citado 2023 May 11]; 14(3): 417-429. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972014000300011&lng=en
20. Peña-Ibáñez F, Álvarez-Ramírez MÁ, Melero-Martín J. Sobrecarga del cuidador informal de pacientes inmovilizados en una zona de salud urbana. *Enferm. glob.* [Internet]. 2016 Jul. [citado 2023 Mayo 9]; 15(43): 100-111. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300004&lng=es.
21. Atención Primaria Tenerife. Memoria. [Internet]. Servicio Canario de la Salud.;2016 [citado 12 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/c08d0dea-fa95-11e7-a73f-6fe6f640d81a/MEMORIA_AP_TFE_16.pdf
22. 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. Boletín Oficial del Estado, 274, de 15 de noviembre de 2002. Recuperado de: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>
23. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado, 294, de 6 de diciembre de 2018. Recuperado de: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3/con>

5. Anexos

Anexo I: Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit

| Puntuación: | | | | | | |
|---|---|------------|---|---|---|---|
| 0-Nunca 1-Rara vez 2-Algunas veces 3-Bastantes veces 4-Casi siempre | | | | | | |
| | Preguntas | Respuestas | | | | |
| | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita? | | | | | |
| 2 | ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para ud.? | | | | | |
| 3 | ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)? | | | | | |
| 4 | ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar? | | | | | |
| 5 | ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar? | | | | | |
| 6 | ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia? | | | | | |
| 7 | ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar? | | | | | |
| 8 | ¿Piensa que su familiar depende de Vd.? | | | | | |
| 9 | ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar? | | | | | |
| 10 | ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar? | | | | | |
| 11 | ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido al cuidado de su familiar? | | | | | |
| 12 | ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que cuidar a su familiar? | | | | | |
| 13 | ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido al cuidado de su familiar? | | | | | |
| 14 | ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar? | | | | | |
| 15 | ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos? | | | | | |
| 16 | ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo? | | | | | |
| 17 | ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su | | | | | |
| 18 | ¿Desearía poder dejar el cuidado de un familiar a otra persona? | | | | | |
| 19 | ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar? | | | | | |
| 20 | ¿Piensa que debería hacer más por su familiar? | | | | | |
| 21 | ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar? | | | | | |
| 22 | Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar? | | | | | |
| Total: | | | | | | |

Anexo II: Escala de Depresión de Hamilton

Puntuación

0: Nunca **1:** Algunas veces **2:** Bastantes veces **3:** Casi todos los días **4:** Siempre

1- ESTADO DE ÁNIMO DEPRIMIDO _____ []

0 *Ausente*

1 *Ligero*: actitud melancólica; el paciente no verbaliza necesariamente el descenso del ánimo

2 *Moderado*: llanto ocasional, apatía, pesimismo, desmotivación....

3 *Intenso*: llanto frecuente (o ganas); introversión; rumiaciones depresivas; pérdida del gusto por las cosas

4 *Extremo*: llanto frecuente (o ganas); frecuente tendencia al aislamiento; contenidos depresivos exclusivos en el pensamiento o la comunicación verbal; pérdida de la capacidad de reacción a estímulos placenteros

2- SENTIMIENTOS DE CULPA _____ []

0 *Ausente*

1 *Ligero*: autorreproches, teme haber decepcionado a la gente

2 *Moderado*: ideas de culpabilidad; sentimiento de ser una mala persona, de no merecer atención

3 *Intenso*: la enfermedad actual es un castigo; meditación sobre errores, malas acciones o pecados del pasado; merece lo que padece

4 *Extremo*: ideas delirantes de culpa con o sin alucinaciones acusatorias

3- SUICIDIO _____ []

0 *Ausente*

1 *Ligero*: la vida no vale la pena vivirla

2 *Moderado*: desearía estar muerto o piensa en la posibilidad de morirse

3 *Intenso*: ideas o amenazas suicidas

4 *Extremo*: serio intento de suicidio

4- INSOMNIO INICIAL (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) _____ []

0 *Ausente*

1 *Ocasional*: tarda en dormir entre media y una hora (<3 noches/semana)

2 *Frecuente*: tarda en dormir más de una hora (3 ó más noches /semana)

5- INSOMNIO MEDIO (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) _____ []

0 *Ausente*

1 *Ocasional*: está inquieto durante la noche; si se despierta tarda casi una hora en dormirse de nuevo (<3 noches/semana)

2 *Frecuente*: está despierto durante la noche, con dificultades para volver a conciliar el sueño; cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto para evacuar), o necesidad de fumar o leer tras despertarse debe puntuar 2 (3 ó más noches seguidas por semana)

6- INSOMNIO TARDÍO (si toma hipnóticos y no puede evaluar, puntúe 1) _____ []

0 *Ausente*

1 *Ocasional*: se despierta antes de lo habitual (<2 horas antes; <3 días por semana)

2 *Frecuente*: se despierta dos o más horas antes de lo habitual 3 ó más días por semana)

7- TRABAJO Y ACTIVIDADES _____ []

0 *Ausente*

1 *Ligero*: ideas o sentimientos de incapacidad o desinterés. Distíngalo de la fatiga o pérdida de energía que se puntúan en otra parte.

2 *Moderado*: falta de impulso para desarrollar las actividades habituales, las aficiones o el trabajo (si el paciente no lo manifiesta directamente, puede deducirse por su desatención, indecisión o vacilación ante el trabajo y otras actividades).

3 *Intenso*: evidente descenso del tiempo dedicado a sus actividades; descenso de su eficacia y/o productividad. En el hospital se puntúa 3 si el paciente no se compromete al menos durante tres horas/día a actividades (Trabajo hospitalario o distracciones) ajenas a las propias de la sala. Notable desatención del aseo personal.

4 *Extremo*: dejó de trabajar por la presente enfermedad. No se asea o precisa de gran estímulo para ello. En el hospital se puntúa 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas de la sala o si precisa de gran estímulo para que las realice.

8- INHIBICIÓN _____ []0 *Ausente*

- 1 *Ligera*: ligera inhibición durante la entrevista; sentimientos ligeramente embotados; facies inexpresiva.
 2 *Moderada*: evidente inhibición durante la entrevista (voz monótona, tarda en contestar las preguntas).
 3 *Intensa*: entrevista difícil y prolongada; lentitud de movimientos al caminar.
 4 *Extrema*: estupor depresivo completo; entrevista imposible.

9- AGITACIÓN _____ []0 *Ausente*

- 1 *Ligera*: mueve los pies; juega con las manos o con los cabellos
 2 *Moderada*: se mueve durante la entrevista, se agarra a la silla; se retuerce las manos; se muerde los labios; se tira de los cabellos; mueve ampliamente los brazos, se muerde las uñas, las manos...
 3 *Intensa*: no puede estarse quieto durante la entrevista; se levanta de la silla.
 4 *Extrema*: la entrevista se desarrolla "corriendo", con el paciente de un lado para otro, o quitándose la ropa, o arrancándose los cabellos; el paciente parece desconcertado y "desatado".

10- ANSIEDAD PSÍQUICA _____ []0 *Ausente*

- 1 *Ligera*: tensión subjetiva e irritabilidad.
 2 *Moderada*: tensión objetiva, evidente; preocupación por trivialidades.
 3 *Intensa*: actitud aprensiva evidente en la cara y el lenguaje.
 4 *Extrema*: crisis de ansiedad observadas, la ansiedad forma la mayor parte del contenido de su comunicación espontánea, verbal o no verbal.

11- ANSIEDAD SOMÁTICA _____ []0 *Ausente*

- 1 *Ligera*: un solo síntoma o síntoma dudoso o varios síntomas de un mismo sistema.
 2 *Moderada*: varios síntomas de distintos sistemas.
 3 *Intensa*: múltiples síntomas de varios sistemas simultáneamente.
 4 *Extrema*: numerosos síntomas persistentes e incapacitantes la mayor parte de las veces.

12- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINALES _____ []0 *Ausentes*:

- 1 *Ligeros*: pérdida de apetito, pero come sin necesidad de estímulo; sensación de pesadez en el abdomen.
 2 *Intensos*: pérdida de apetito, no come aunque se le estimule, o precisa de gran estímulo para comer; precisa o solicita laxantes o medicación para sus síntomas gastrointestinales.

13- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES _____ []0 *Ausentes*:

- 1 *Ligeros*: fatigabilidad, pérdida de energía, pesadez en extremidades, espalda, cabeza; algias en el dorso, cabeza, músculos.
 2 *Intensos*: fatigabilidad y pérdida de energía la mayor parte del tiempo; cualquier síntoma somático bien definido o expresado espontáneamente.

14- SÍNTOMAS GENITALES (preguntar siempre) _____ []0 *Ausentes*: o información inadecuada o sin información (emplear lo menos posible estas dos últimas).

- 1 *Ligeros*: descenso de la libido; actividad sexual alterada (inconstante, poco intensa).
 2 *Intensos*: pérdida completa de apetito sexual; impotencia o frigidez funcionales.

15- HIPOCONDRIA _____ []0 *Ausente*:

- 1 *Ligera*: preocupado de sí mismo (corporalmente).
 2 *Moderada*: preocupado por su salud.
 3 *Intensa*: se lamenta constantemente. Solicita ayuda, etc.
 4 *Extrema*: ideas hipocondríacas delirantes.

16- PÉRDIDA DE INTROSPECCIÓN _____ []

0 *Ausente*: se da cuenta de que está enfermo, deprimido.

1 *Ligera*: reconoce su enfermedad, pero la atribuye a la mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a una infección viral, a la necesidad de descanso, etc.

2 *Moderada*: niega estar enfermo o el origen nervioso de su enfermedad.

17- PÉRDIDA DE PESO _____ []

0 *Ausente*:

1 *Ligera*: probable pérdida de peso asociada a la enfermedad actual; pérdida superior a 500 gr/semana ó 2,5 kg/año (sin dieta).

2 *Intensa*: pérdida de peso definida según el enfermo; pérdida superior a 1 kg/semana ó 4,5 kg/año (sin dieta).

PUNTUACIÓN TOTAL _____ []

Versión de JA Ramos-Brieva y A Cordero-Villafáfila

Anexo III: Cuestionario complementario**1. ¿Edad?**

- Menor de 30
 Entre 30 y 50
 Mayor de 50

2. ¿Género?

- Mujer
 Hombre
 Otro

3. ¿Qué relación presenta con la persona a la que presta cuidados?

- Familiar, especificar: _____
 Conocido cercano
 Otro: _____

4. ¿Cuánto tiempo lleva ejerciendo cuidados a la misma o diferentes personas?

- Más de 1 año. Especificar: _____
 Menos de 1 año

**5. ¿Tiene diagnosticada alguna condición de salud mental (depresión, ansiedad)?
En caso afirmativo especificar cuál y desde cuándo.**

- Sí, _____
 No

6. ¿Toma algún tipo de tratamiento medicamentoso para sobrellevar su actividad como cuidador/a?

- Sí, _____
 No

7. ¿Utiliza algún tipo de tratamiento no medicamentoso como remedios naturales?

- Sí, _____
 No

8. Lugar de procedencia:

- España
 Otro: _____

9. ¿Recibe apoyo familiar sin dejar de ser Vd. el cuidador principal?

- Sí
- No

10. ¿Recibe apoyo económico para efectuar sus cuidados de forma más cómoda?

- Sí, del propio paciente
- Sí, del Estado
- No

11. ¿Con qué frecuencia presta sus cuidados a la persona dependiente?

- Permanentemente
- Algunas horas al día
- Algunas horas a la semana

12. ¿Cuántas horas diarias tiene de descanso respecto a los cuidados?

- Menos de 3 horas
- Entre 3 y 6 horas
- Más de 6 horas

Anexo IV: Carta al enfermero responsable de difundir la encuesta

Al Enfermero Comunitario de Enlace del Centro de Salud de Taco,

Mi nombre es Eduardo Armas Clemente, alumno de cuarto año del Grado en Enfermería en la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de La Laguna. Me dirijo a usted para solicitar su contribución en la realización de una encuesta entre los cuidadores de sus pacientes. Puesto que estoy elaborando mi Trabajo de Fin de Grado, deseo conocer el estado de la salud mental de los cuidadores informales que llevan a cargo la asistencia de las personas que están bajo su cupo, y creo que usted sería un recurso valioso para ayudarme a hacerlo.

Las encuestas utilizadas serán la Escala de Zarit, que constará de 22 preguntas sobre los cuidados que prestan los cuidadores y la sobrecarga que esto supone, y la Escala de Depresión de Hamilton, de 17 preguntas, para comprobar el estado de su salud mental. Además, habrá un cuestionario complementario de 12 preguntas diseñado para ser breve y fácil de completar. Le agradecería enormemente que distribuyera las encuestas entre todos los cuidadores de sus pacientes comprendidos en la zona básica de salud de Taco, y recogiera sus respuestas en mi nombre. Todas las respuestas serán confidenciales y se utilizarán exclusivamente para la realización de este proyecto de investigación.

Si está dispuesto a participar, hágame saber lo antes posible. Puedo proporcionarle copias de la encuesta y cualquier instrucción adicional que pueda necesitar. Gracias por su tiempo y consideración, y espero tener noticias suyas pronto a través de los siguientes medios:

Correo electrónico: aluxxxxxxxxxx@ull.edu.es

Teléfono móvil: +34 xxxxxxxxx

Atentamente,

Eduardo Armas Clemente

Anexo V: Autorización para participación en el cuestionario

Yo, _____ con DNI _____, doy mi autorización para participar en los cuestionarios del Trabajo de Fin de Grado y proyecto de investigación sobre “Salud Mental de cuidadores informales de pacientes crónicos y dependientes” llevado a cabo por el estudiante de 4º de Enfermería, Eduardo Armas Clemente. Mi intervención consistirá en contestar una serie de preguntas en tres simples cuestionarios sobre sobrecarga, salud mental (concretamente depresión) y datos personales.

Entiendo que mi participación en la encuesta es completamente voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin explicación alguna siempre y cuando la recogida de datos siga vigente.

He sido informado/a de la naturaleza de la encuesta por el facultativo a cargo, así como su propósito y su duración. Entiendo que los resultados de la encuesta serán utilizados únicamente con fines de investigación y que toda información que proporcione será manejada confidencialmente.

Firma del participante:

En _____, a _____ de _____ de 202__

Anexo VI: Renuncia a la participación en el estudio

Yo, _____ con DNI _____, notifico por la presente que deseo retirarme de la participación en el estudio llevado a cabo para el TFG titulado *Salud mental de cuidadores informales de pacientes crónicos y dependientes*, que está siendo realizado por el estudiante de Cuarto de Enfermería, Eduardo Armas Clemente.

Entiendo que mi renuncia puede afectar negativamente a los resultados del estudio, y acepto que los datos recogidos antes de mi renuncia puedan ser utilizados según lo estipulado en el Consentimiento Informado que firmé previamente.

Confirmando que he discutido con el investigador las implicaciones de mi renuncia y he tenido la oportunidad de plantear cualquier duda que pudiera tener. Afirmando que he decidido renunciar voluntariamente y sin haber sido presionado en ningún momento.

Firma del participante:

Firma del testigo (Enfermero de Enlace):

En _____, a _____ de _____ de 202__

Anexo VII: Glosario

- Paciente dependiente. Persona que sufre falta o pérdida de autonomía intelectual, física o sensorial de forma temporal o permanente debido a la edad, enfermedad u otras situaciones.
- Paciente crónico. Aquella persona que sufre una enfermedad sin cura y que vive con un deterioro gradual.
- Cuidador informal. Persona delegada a ayudar a un paciente en los aspectos básicos de la vida diaria, tanto en la persona como en su entorno, de forma no remunerada.
- Salud mental. Un estado de bienestar en el que una persona puede alcanzar su máximo potencial, puede controlar el estrés en la vida, trabajar de forma productiva así como contribuir en la sociedad.
- Depresión. Enfermedad de salud mental que consiste en la disminución prolongada y continua del estado de ánimo y pérdida de interés o dificultad para sentir placer. Puede ir acompañada de síntomas psíquicos y físicos.
- Sobrecarga. En el contexto de cuidados, se trata de la carga sentimental, física, social y/o económica que puede sentir una persona por la actividad de cuidar a otra persona discapacitada, dependiente y/o con una enfermedad crónica.
- Enfermería de enlace. La Enfermería Comunitaria de Enlace oficia la gestión de casos a domicilio valorando, planificando y coordinando los cuidados que necesita una persona o cuidador a consecuencia del coste-beneficio.