Universidad de La Laguna
Facultad de Ciencias de la Salud
Sección de Enfermería y Fisioterapia

PROYECTO DE ESTUDIO: SALUD Y SOBRECARGA PERCIBIDA, EN PERSONAS CUIDADORAS INFORMALES DE UNA ZONA RURAL DE LAS BREÑAS

AUTORA: Sandra Hernández Méndez

TITULACIÓN: GRADO EN ENFERMERÍA

La Palma

CURSO 2015-2016

Alumna de 4º Curso de Grado en Enfermería.
TUTORA: Mª Carmen Portaña Guerrero

Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería y Fisioterapia

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Universidad de La Laguna
Facultad de Ciencias de la Salud
Sección de Enfermería y Fisioterapia

Grado en Enfermería. Universidad de La Laguna

PROYECTO DE ESTUDIO: SALUD Y SOBRECARGA PERCIBIDA, EN PERSONAS CUIDADORAS INFORMALES DE UNA ZONA RURAL DE LAS BREÑAS

Autor/a:

Sandra Hernández Méndez

Firma del alumno/a

Tutor/a: Mª Carmen Portaña Guerrero

Vº. Bº del Tutor/a

La Palma a 4 de Junio de 2016

RESUMEN

"La cuidadora informal es la persona, familia o no, que proporciona la mayor parte de los cuidados y apoyo diario a quien padece algún grado de discapacidad o dependencia y requiere ayuda para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, sin formar parte de los sistemas formales de cuidados o percibir remuneración económica por ello". El objetivo de este Proyecto de investigación es demostrar la necesidad de complementar la valoración de la cuidadora informal con una escala de valoración de calidad de vida. Se realizará un estudio de carácter descriptivo, observacional, transversal. La población objeto de estudio será la totalidad de las personas cuidadoras informales que constan en los registros administrativos del Programa Atención Primaria (AP) Drago de la Zona Básica de Las Breñas. Para la valoración de la cuidadora se utilizarán los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon, a través del Programa Drago de Atención Primaria. Mediante una entrevista se recogerán los datos sociodemográficos así como las características de los cuidados informales que presta, (tiempo dedicado, vínculo personal con la persona dependiente y apoyo que recibe la cuidadora). También se les pasarán dos cuestionarios autoadministrados: la escala de sobrecarga de Zarit (CBI) para evaluar la carga de las cuidadoras de las personas dependientes y para evaluar la calidad de vida percibida de éstas, se utilizará el cuestionario SF-36.

Palabras claves: Cuidadora informal, Sobrecarga, Calidad de Vida, Dependencia, Escalas.

ABSTRACT

"An informal caregiver is the person who, being family or not, provides most of the daily care and support to a person who suffers any degree of disability or dependence and needs help to develop the daily activities, without being part of the formal caregiving systems or perceive an financial remuneration for it". The aim of this investigation project is to demonstrate the need to complement the assessment of the informal caregiver with an estimated scale of the quality of life. It is about a descriptive, observational and transversal investigation. The population under study will be the total of the informal caregivers contained in the administrative records of the Primary Care Program (AP) Drago of the basic zone of Las Breñas. For the assessment of the informal caregiver valuation instruments will be used like the Functional Patterns of Marjory Gordon, through the Drago Program of Primary Attention. Through an interview, the sociodemographic data as well as the characteristics of the informal cares provided (dedicated time, personal relationship with the dependent person and the support that the caregiver receives) will be recorded. Also, they will be given two self-administered questionnaires: the overload scale of Zarit

(CBI) to evaluate the caregivers' charge of the dependant persons and to evaluate the perceived quality of life of these, the questionnaire SF-36 will be used.

Keywords: Informal caregiver, Overload, Quality of life, Dependence, Scales.

ÍNDICE

1. Introducción **1**

1.1. Problema 1

1.2. Antecedentes 1

1.3. Conceptos 4

2. Justificación **5**

3. Objetivos **7**

4. Hipótesis **7**

5. Metodología **7**

5.1. Diseño de la investigación 7

5.2. Población 7

5.2.1. Población de estudio 7

5.2.2. Ámbito de estudio 8

5.2.3. Criterios de inclusión y exclusión 8

5.3. Instrumentos/ Cuestionarios de medida 9

5.3.1. Valoración del cuidado de las personas dependientes 9

5.3.1.1. Índice de Barthel: capacidad funcional para las actividades básicas de la vida diaria 9

5.3.1.2. Test de Pfeiffer (1975): Deterioro cognitivo 11

5.3.2. Valoración de la cuidadora informal 11

5.3.2.1. Datos sociodemográficos de la cuidadora informal y características de los cuidados informales 12

5.3.2.2. Escala de sobrecarga de Zarit (CBI): evaluación de la carga de cuidadores informales de las personas dependientes 12

5.3.2.3. Cuestionario SF 36 13

5.3.2.4. Valoración de la cuidadora 15

6. Recogida de Datos **18**

7. Análisis estadístico **19**

8. Consideraciones éticas **19**

9. Limitaciones de estudio **20**

10. Cronograma **21**

11. Presupuesto **22**

12. Aplicabilidad y utilidad práctica de los resultados **23**

13. Bibliografía **24**

14. Anexos **27**

Anexo 1 Consentimiento informado 27
Anexo 2 Carta para los comités éticos 29
Anexo 3 Índice de Barthel (ABVD) 30
Anexo 4 Test de Pfeiffer 32
Anexo 5 Datos sociodemográficos del cuidador informal 33
Anexo 6 Cuestionario de Zarit 34
Anexo 7 Cuestionario SF-36 36
Anexo 8 Cuestionarios, test, tablas e índices estructurados por Patrones Funcionales de salud 41

1. INTRODUCCIÓN

1.1. **Problema**

Dada la repercusión que el cuidado de las personas dependientes tiene sobre el cuidador informal nos planteamos como problema si, ¿Son suficientes las escalas/instrumentos utilizadas en la actualidad, en la valoración de la carga del cuidador informal de personas dependientes?

Cuando un miembro de la familia está en situación de dependencia y precisa cuidados, genera un cambio dentro de la estructura familiar. Estos cambios pueden provocar crisis que pueden poner en peligro la estabilidad de la familia, afectando a todos sus componentes y en especial al cuidador informal, que es el miembro de la familia que soporta la mayor parte de la carga física y emocional de los cuidados.

Este hecho de cuidar implica un enorme esfuerzo y una gran responsabilidad, que provoca un aumento de sobrecarga del cuidador, la cual si no se logra manejar adecuadamente puede traer repercusiones físicas, mentales, socioeconómicas, y por lo tanto comprometer la vida, la salud, el bienestar, el cuidado y autocuidado no sólo de la persona familiar que cuida, sino también de la persona dependiente de cuidados.

Al realizar la revisión bibliográfica sobre el cuidador informal de la persona dependiente, encontramos que existen varias escalas y cuestionarios que recogen información sobre la carga del cuidador y la calidad de vida.

La escala que habitualmente utiliza para determinar la carga del cuidador es la escala de Zarit, por ello nos planteamos si es suficiente valorarlo solo con esta escala o es necesario utilizar otras.

1.2. **Antecedentes**

En las últimas décadas, en España se ha producido un aumento de la esperanza de vida, siendo en los varones a los 76 años y en las mujeres a los 83 años. Estos importantes cambios demográficos y sociales han provocado un aumento de la prevalencia de las personas envejecidas, con presencia de patologías crónicas que se encuentran en situaciones de dependencia, siendo cada vez mayor el número de personas que precisan de cuidados. [(1)]

La dependencia puede considerarse como una característica normal de toda persona que vive en sociedad, pero empieza a ser un problema cuando se necesita la ayuda de otra persona de forma permanente. La definición de dependencia incluida en la Ley 39/2006, del 14 de diciembre, de promoción de la autonomía y atención a las personas en situación de dependencia, hace hincapié en este carácter permanente de la falta de autonomía personal. Por otro lado, la dependencia se clasifica en función de su intensidad o severidad, utilizando las escalas de capacidad funcional. [(2)]

En España más de un millón de personas se encuentran en situación de dependencia; un 12% de las personas mayores de 65 años presentan un grado de dependencia, moderado o grave y un 26% un grado de dependencia leve. Un estudio muestra que los cuidadores de pacientes con niveles de dependencia elevados por su deterioro funcional tienen una mayor sobrecarga. [1,3]

Dentro del sistema de salud se han identificado dos tipos de cuidadores: los formales ubicados dentro del Sistema Institucional y los llamados informales insertados en el Sistema Doméstico de Cuidado de la Salud. [4,5] Por lo tanto, la combinación de cuidados tanto formal como informal son el modelo habitual de respuesta a las situaciones de dependencia en España. [6] El cuidador informal será el objetivo de nuestro estudio.

El perfil del cuidador informal es, en el 75 % de los casos una mujer de mediana edad entre 60-64 años, que sea un familiar directo como hijas en el 75% de los casos y esposos en un 17%, que asume el rol de cuidador voluntariamente, que no trabaje fuera del ámbito familiar, casada y con estudios primarios (por ello, de aquí en adelante nos referiremos a la cuidadora en femenino). Estos cuidados se realizan todos los días, dedicando en muchas ocasiones más de once horas diarias a los mismos, junto con el resto de tareas domésticas. [1,3,6,7,8]

El volumen y el tipo de cuidados que una cuidadora aporta a su familiar va a variar dependiendo de las características de la persona cuidada, de la relación que exista entre la cuidadora y la persona dependiente, de la edad de ambos, de la disponibilidad de la cuidadora para cuidar, de la existencia o no de ayudas (familiares o institucionales).

Existe controversia entre diversos estudios en relación al perfil de la mujer cuidadora en relación a su posición socioeconómica. Las mujeres pobres de clase económica baja trabajan fuera del hogar, en la casa y cuidan de la persona dependiente, pero no lo viven como un problema porque siempre en su familia se ha hecho así. En cambio las mujeres de clase económica media que trabajan, cuando aparece una persona dependiente en el ámbito familiar y a la que deben cuidar, realizan doble trabajo, fuera y dentro del hogar o abandonan el trabajo remunerado para poder cuidar de su familiar.

Son pocos los estudios que manifiestan que el hecho de cuidar a otras personas pueda considerarse como una actividad enriquecedora y solidaria. Otros dicen que las consecuencias positivas del cuidado a este tipo de pacientes, son la satisfacción que crea el poder ayudar y sentirse útil. Sin embargo, la mayoría de estudios se centran en que el hecho de cuidar a un familiar dependiente, aparte de tener consecuencias positivas puede tener consecuencias negativas que puede repercutir en la salud y en la calidad de vida (CV). [9]

Además, Inmaculada Úbeda Bonet en su tesis llamada Calidad de vida de los cuidadores familiares comenta que, hay algunos estudios tanto a nivel nacional como internacional realizados con cuidadoras que prestan cuidados a diferentes tipos de personas dependientes: como son ancianos, enfermos de patologías crónicas y neurológicas, etc., revelan que el hecho de cuidar produce repercusiones en la vida de la cuidadora y los dividen básicamente en cuatro tipos, como son: la salud física; la salud psicológica, vida cotidiana y laboral. En cuanto a la salud física, hay cuidadoras (30-75%) que cuentan que su salud se ha deteriorado desde que cuidan y que a raíz de ello tiene problemas osteoarticulares, vasculares, una elevada prevalencia de problemas crónicos y síntomas que han provocado en la cuidadora limitaciones en su capacidad funcional que le impiden realizar las tareas cotidianas. En relación a la salud psíquica, más de un tercio de las cuidadoras de personas dependientes manifiestan que han tomado pastillas a consecuencia de tener que cuidar al familiar y que han tenido que pedir ayuda de un psicólogo o psiquiatra, y éstos les han prescrito fármacos para la depresión, la ansiedad e insomnio. En cuanto a la ansiedad, se observa que es mayor cuando no dispone de ayuda y cuando la persona dependiente es un familiar directo. [5]

Según Hilda Rivera Mora en su artículo, comenta que hay estudios que ponen de manifiesto que el hecho de cuidar a una persona enferma o discapacitada, supone cambios que afectan la vida no sólo en el ámbito familiar, laboral y social, sino que producen repercusiones negativas, psicológicas y en la salud. [8] Y estos cambios, confirman que la presión a la que están expuestas las cuidadoras puede desencadenar en ellas sentimientos de estrés, ansiedad, depresión y experimentar una mayor sintomatología somática (p.ej. dolores de cabeza, musculares y mayores niveles de ansiedad e insomnio). Por tanto, está contrastado que cuidar de una persona dependiente es una experiencia estresante que puede llegar a cronificarse y tener repercusiones negativas para la persona proveedora del cuidado, especialmente en aquellos casos en el que la cuidadora perciba la situación como altamente demandante y los cuidados se ofrezcan de manera continuada y prolongada en el tiempo. [3,7] Todo ello, junto con los conflictos de índole sociofamiliar que frecuentemente están presentes, con componentes de aislamiento social y sentimiento de culpa y tristeza, hace que en todos los casos exista un riesgo importante de carga de la cuidadora. [1] No obstante, a medida que aumenta la carga de trabajo de la persona que realiza este rol, también se incrementa el riesgo de deterioro de su salud y su CV. [7,8] Además, cuanto peor es la situación funcional y según vayan progresando la enfermedad de los pacientes, mayor es la sobrecarga de éstas. [3]

En un estudio del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), se observa que la tarea de cuidar es valorada como un trabajo intenso, por las horas dedicadas a ellas, por el tipo de tarea que se presta y por la duración en el tiempo de ayuda que necesitan los pacientes dependientes. También analiza que existe diferencia en cuanto a la edad de la cuidadora, viéndose

que cuanto mayor es la edad de la cuidadora mayor es la ayuda prestada y por lo tanto presenta una mayor repercusión como consecuencias de su rol.[5] Otro artículo respalda lo dicho anteriormente y comenta que el hecho de cuidar a una persona dependiente, en la que se produzca un cambio de los roles y de las actividades cotidianas, hace que se produzca un cambio en su estilo de vida en función de la atención necesaria de la persona cuidada. Esta actividad consume gran parte del tiempo de la cuidadora y crea una variedad de síntomas emocionales, psicológicos y físicos que desencadenan en la denominada experiencia de sobrecarga, la cual se incrementa según la necesidad de apoyo del paciente en las actividades de la vida cotidiana y la cantidad de tiempo requerido para su atención. [11]

1.3. **Conceptos**

- Cuidadora informal/ principal/ familiar:

Es la persona, familia o no, que proporciona la mayor parte de los cuidados y apoyo diario a quien padece algún grado de discapacidad o dependencia y requiere ayuda para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, sin formar parte de los sistemas formales de cuidados ni percibir remuneración económica por ello. [1,11]

- Cuidadora formal:

Es la persona que proporciona cuidados en una institución de modo profesional, es decir, aquella persona formada para ello y que recibe una retribución económica por el hecho de cuidar. [5]

- Dependencia:

Es la situación en la que se encuentran las personas por falta o pérdida de la capacidad física y/o psíquica, necesitando ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria por dificultad o imposibilidad para realizarlas. [1,7,10,12,13]

- Actividades de la vida diaria básicas (AVD-B):

Son las actividades mínimas que debe realizar una persona para vivir independientemente en su domicilio y que se relacionan con el autocuidado como el aseo personal, vestirse, comer, uso de retrete, desplazarse y control de esfínteres. [13]

- Calidad de vida (CV):

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la CV como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia en el contexto de la cultura y del sistema de valores en

los que vive y en relación a sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, u estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con sus elementos esenciales de su entorno. [14, 26]

- Carga de la cuidadora/ Sobrecarga:

Es la experiencia subjetiva de la cuidadora de las demandas de atención. Es un concepto multidimensional a factores estresantes y su percepción es objetiva y subjetiva. La carga objetiva corresponde a los cambios que deben realizar la cuidadora en diversos ámbitos de la vida y la carga subjetiva se refiere a las reacciones emocionales frente a las demandas de cuidado. [7,8]

- Atención domiciliaria:

Se entiende por atención domiciliaria la asistencia prestada en el domicilio del paciente a aquellas personas, o su familia, que, debido a sus circunstancias concretas, no pueden desplazarse al centro de salud para recibir la atención que precisan con el objetivo de potenciar su autonomía y mejorar su calidad de vida. [15]

- Escala:

Es una herramienta de medición y se refiere a los procedimientos para tratar de determinar medidas cuantitativas de conceptos subjetivos y en ocasiones abstractos. [27]

- Instrumento:

Es un indicador para demostrar que los datos se derivan de un método de recuperación de datos. [27] Miden y evalúan cuestiones relacionadas con la salud y hay varios tipos como cuestionario, escala, test, inventario e índice. [1]

2. JUSTIFICACIÓN

El aumento de la esperanza de vida ha supuesto el envejecimiento de la población, así como la aparición de enfermedades crónicas que afectan a la calidad de vida y a la pérdida de autonomía lo que provoca dependencia de este grupo de población.

En este contexto es donde surge la necesidad de proporcionar cuidados básicos como modelo de suplencia para garantizar la atención a esta población dependiente. Y es aquí, donde surge la figura de la cuidadora informal.

Esta realidad precisa del apoyo de los servicios asistenciales, siendo el servicio de la Atención Domiciliaria el buque insignia, tanto en el cuidado de estos pacientes dependientes, que no pueden acudir al centro de salud, con el objetivo de potenciar su autonomía y mejorar su calidad de vida como en el cuidado de la cuidadora informal, a través del asesoramiento en los cuidados a prestar y en el apoyo emocional, con la finalidad de disminuir la sobrecarga que supone el cuidado de un dependiente.

La cuidadora informal en nuestra cultura supone una obligación moral que no puede ser eludida y nace del hecho de que, el espacio familiar es el contexto principal donde la enfermedad se presenta y se resuelve. Consiste en prestar apoyo funcional, emocional, material y afectivo. Como consecuencia de ello, la cuidadora informal es susceptible de experimentar emociones negativas como: ira, culpa, frustración, agotamiento, ansiedad, miedo, dolor, tristeza, tanto como positivas: amor, aumento de la autoestima, satisfacción por el trabajo realizado, etc. Que serán más o menos intensas en función de las características y circunstancias individuales de ésta. [5, 9]

En la medida en que aumenta el tiempo dedicado al cuidado del familiar dependiente y teniendo en cuenta las distintas condiciones en que prestan estos cuidados, la cuidadora puede sufrir cambios en sus patrones de conducta (socialización, integración familiar…), comprometiendo su calidad de vida. Es por ello, que se hace necesario la valoración de todas las variables (tanto físicas como psíquicas) que puedan influir en la calidad de vida de la cuidadora, y de forma más específica en la "sobrecarga" [11]

La valoración del paciente por parte de la enfermería se vale de marcos de valoración como los Patrones Funcionales de Salud de Margory Gordon (PFS). Éstos nos aportan validez y fiabilidad, en la valoración, al tiempo que mejora y facilita el registro, hace que rentabilicemos más el tiempo y constituye la base para la investigación. En la actualidad para implementar el proceso enfermero se utiliza la taxonomía diagnostica NANDA. El nivel de la medición es el nominal, etiquetando y asignando una categoría diagnostica al paciente. [1] [Anexo 8]

La atención domiciliaria además de atender a las personas dependientes debe centrarse en las personas cuidadoras. Por tanto, la evaluación de éstas y el resultado que se produzca del mismo, es el punto de partida que permitirá la toma de decisiones en relación a la puesta en marcha de intervenciones, que a su vez deberán formar parte de programas multidisciplinares que den soporte y apoyo a este tipo de paciente, para que sean tenidas en cuenta no como recursos gratuitos del Sistema Sanitario sino como potenciales pacientes.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivos

Generales:

Demostrar la necesidad de complementar la valoración de la cuidadora informal con una escala de valoración de calidad de vida.

Específicos:

- Describir el perfil de la cuidadora atendida en la Zona Básica de Salud.
- Valorar el grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria de los pacientes dependientes.
- Cuantificar la percepción de la calidad de vida percibida de las cuidadoras informales mediante el cuestionario SF-36.
- Cuantificar la sobrecarga percibida por parte de las cuidadoras informales mediante la escala de Zarit.
- Identificar los diagnósticos enfermeros más afectados en las cuidadoras.

4. HIPÓTESIS

La escala de Zarit resulta insuficiente para valorar la sobrecarga en la cuidadora de personas dependientes, y sería conveniente la utilización de otras escalas para tener una mejor valoración.

5. METODOLOGÍA

5.1. Diseño de la investigación

El método elegido es un estudio descriptivo, observacional, transversal.

5.2. Población

5.2.1.- Población de estudio

La muestra del estudio estará conformada por todas aquellas cuidadoras informales que constan en los registros administrativos del Programa AP Drago, es decir, de la población de estudio de 240 cuidadoras que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

5.2.2. - Ámbito de estudio

La zona de Las Breñas, consta de un Centro de Salud en el municipio de Breña Alta y un Centro Periférico en el municipio de Breña Baja. Ambos centros se encuentran situados en zona rural.

La Zona Básica de Salud de Las Breñas comprende el término municipal de Breña Alta y los municipios por los que está compuesto son: Botazo, Breña, Buenavista de Abajo, Buenavista de Arriba, Las Ledas, El Llanito, Miranda y San Pedro de Breña Alta (capital) y el término municipal de Breña Baja comprende los municipios de: San José, Los Cancajos, El Fuerte, Las Ledas, La Montaña, La Polvacera, San Antonio y El Socorro. [17]

En la tabla 5.1 se puede constatar según el Instituto Canario de Estadística (ISTAC) que en Breña Alta la cantidad de mujeres es de 3.707 y prevalece sobre la de los hombres en 3.640. Por el contrario, en Breña Baja sucede lo contrario que en Breña Alta, puesto que la población masculina es de 2.699 y prevalece sobre la femenina en 2.560. Siendo en estos casos según la edad, la cantidad de población la siguiente: [18]

Tabla 5.1: *Población Breña Alta y Breña Baja.*

Población de BREÑA ALTA	
EDAD	**TOTAL DE POBLACIÓN**
0 - 14	1.158
14 - 65	5.051
> 65	1.145
Población de BREÑA BAJA	
EDAD	**TOTAL DE POBLACIÓN**
0 - 14	758
14 - 65	4.020
> 65	749

Fuente: Instituto Canario de Estadística (ISTAC).

5.2.3.- Criterios de inclusión y exclusión

Para la selección se utilizará aquellas cuidadoras que cumplan los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Ser cuidadora informal o que tenga relación familiar de la persona cuidada (parentesco).
- No institucionalizado.
- Que tenga contacto con Atención Primaria y que esté en atención domiciliaria.
- Que lleven más de dos años asumiendo el rol de cuidadora.
- Que quiera participar voluntariamente en el estudio.
- Que sepa leer.
- Que su domicilio sea la Zona Básica de Salud de Breñas.

Criterios de exclusión:

- Ser cuidadora formal del Servicio de Ayuda domiciliaria (SAD).
- Cuidadoras que atienden a más de un familiar dependiente.
- Que esté diagnosticada de enfermedad mental.
- Que haya tenido formación en materia de cuidados (auxiliares, sanitarios,…).

5.3. Instrumentos/Cuestionarios de Medida

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Scielo; Dialnet plus; Pubmed; Biblioteca Virtual en Salud (BVS); EBSCOhost, Google Académico utilizando como descriptores: sobrecarga de cuidadora informal, paciente dependiente y escalas.

El proceso de cuidar comienza por recoger información para valorar las necesidades sobre las que la enfermería desarrollará su labor. Lo podremos llevar a cabo mediante valoraciones con herramientas específicas de enfermería, como los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, los dominios de NANDA, con entrevista semiestructurada orientados al diagnóstico. Y mejorando lo anterior, utilizaremos herramientas específicas como escalas y cuestionarios. Los instrumentos que vamos a utilizar reúnen propiedades psicométricas para asegurar la calidad como son validez y fiabilidad. En este estudio las escalas a utilizar tienen una correspondencia con la valoración por patrones funcionales de salud.

5.3.1. Valoración del cuidado de las personas dependientes

5.3.1.1. Índice de Barthel (IB): Capacidad funcional para las actividades de la vida diaria [Anexo 3]

Es un cuestionario heteroadministrado con 10 ítems tipo Likert.

Mide el grado de dependencia funcional del paciente en la relación a 10 actividades de la vida diaria como: alimentarse, bañarse, vestirse, arreglarse, defecar, orinar, usar el sanitario,

deambular, subir escaleras, trasladarse del sillón a la cama y viceversa. La puntuación varía dependiendo de cada actividad mediante la asignación de puntuaciones para cada una (0, 5, 10, 15).

= 0 (dependencia) y 5 (Independencia) para los ítems que corresponden a las actividades: ducha-baño y aseo personal.

= 0 (dependencia), 5 (necesita ayuda) y 10 (dependencia) en los ítems como: comer, vestirse, control anal y control vesical, uso de retrete, y subir escaleras.

= 0 (dependencia), 5 (gran ayuda), 10 (mínima ayuda), 15 (Independencia) para los relativos a trasladarse y desplazamientos.

Para la interpretación de los resultados sería: la asignación de la suma de la escala, esta oscila entre 0 (dependiente para ABVD) y 100 (independiente para ABVD), esta puntuación cambia cuando el paciente está en silla de ruedas que tendría un valor de 90 puntos. [3,13,16]

Tabla 5.2: *Interpretación de resultados.*

Grado de dependencia	**Puntuación total. Índice de Barthel**
Dependencia total	< 20
Dependencia grave	20 - 35
Dependencia moderada	40 - 55
Dependencia leve	> ó = 60
Independiente	100

Fuente: Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria.
Servicio Canario de Salud, Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias

Se puede emplear en diferentes poblaciones, desde centros de rehabilitación física para evaluar la capacidad funcional de pacientes discapacitados, en pacientes con accidente cerebro vascular, hasta en domicilios para calcular la necesidad de cuidados personales y organizar mejor los servicios de ayuda a domicilio.

Ha sido recomendado por el Royal College of Physicians of London y por la British Geriatrics Society (1992) como escala de elección para la valoración de las ABVD en las personas mayores.

En cuanto a sus propiedades psicométricas, se ha mostrado que tiene una alta validez del IB y más concretamente a la validez de constructo, se ha observado que es un buen predictor de la

mortalidad pudiendo deberse esta asociación a la buena habilidad del IB para medir discapacidad, y la condición relacionada con mortalidad. [19]

5.3.1.2. Test de Pfeiffer (1975): Deterioro cognitivo [Anexo 4]

Es un cuestionario heteroadministrado que consta de 10 ítems.

Se trata de un cuestionario de rastreo validado para la detección del deterioro cognitivo en los pacientes ancianos, que puntúan cuatro parámetros: la memoria a corto plazo, la memoria a largo plazo, la orientación, la información para hechos cotidianos, y la capacidad de cálculo.

Para la interpretación de resultados sería: Punto de corte 5 o más errores. (Tabla 5.3)

Esta puntuación cambia si el entrevistado no tiene educación primaria y se permite un error más; si el nivel de estudios es superior se deniega un error menos.

En cuanto a sus propiedades psicométricas, la escala ha sido traducida y validada en castellano, obteniendo una sensibilidad que varía según los autores, desde el 100 % de unos, hasta el 68 % de otros. Su especificidad, sin embargo, coincide en todos ellos, siendo de un 90 a un 96%, para un punto de corte de 5. [13]

Tabla 5.3: *Puntuación de errores*

ERRORES	PUNTUACIÓN. TEST DE PFEIFFER
0 – 3 Errores	Funcionamiento intelectual normal
4 – 7 Errores	Funcionamiento intelectual deficitario. Sospecha de deterioro
8 – 10 Errores	Déficit intelectual severo

Fuente: Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria.
Servicio Canario de Salud, Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias

5.3.2. Valoración de la cuidadora informal:

Identificar quien es la cuidadora informal, es el primer objetivo en la visita domiciliaria. Sobre ésta recaen muchas responsabilidades de la salud del paciente y del resto de la familia, siendo el canalizador de la información. Se llevará a cabo una valoración adecuada e integral de las necesidades de la cuidadora que abarque todos los aspectos de salud del mismo, dependerá de la buena realización de un plan individualizado de cuidados ajustado a sus necesidades. [22]

5.3.2.1. Datos sociodemográficos de la cuidadora informal y características de los cuidados informales:

Se recogerán a través de una entrevista semiestructurada que incluirá información en los siguientes puntos: edad, sexo, nivel de estudios y situación laboral actual, periodicidad en los cuidados, tiempo de cuidados, relación con la persona que cuida, número de cuidadores habituales, etc. [Anexo 5]

Además se buscará información en las que se incluyen las siguientes variables:

- Tiempo dedicado al cuidado de su familiar: en qué periodo, y durante cuantas horas/ semanas.
- Vínculo entre la persona dependiente y la cuidadora informal.
- Ayudas externas de apoyo a la cuidadora: quien le ayuda, la cantidad semanalmente, relación sociofamiliar, si esto es suficiente. Si por alguna razón no recibiese este apoyo se investigaría la causa: porque no es apoyado.

5.3.2.2. Escala de sobrecarga de Zarit (CBI): Evaluación de la carga de cuidadoras informales de las personas dependientes [Anexo 6]

Se trata de un cuestionario autoadministrado que cuenta de 22 ítems.

Esta escala evalúa la percepción subjetiva de la carga asociada al cuidado por parte de la cuidadora informal, donde el cuestionario mide dimensiones como la carga objetiva, subjetiva y evaluaciones globales asociadas al cuidado de ancianos. Además, tiene en cuenta aspectos como: salud física y psicológica, área económica y laboral, relaciones sociales y relación con la persona receptora de cuidados.

Las respuestas son tipo Likert (1-5) y los valores correspondientes a las opciones de respuesta son: 1 (nunca), 2 (rara vez), 3 (algunas veces), 4 (bastantes veces), 5 (casi siempre).

Para interpretar los datos de los valores alcanzados tendremos: cuanto mayor es la puntuación, mayor nivel de sobrecarga. Existirán tres niveles de sobrecarga donde los puntos de corte estarían en la puntuación final y es la suma del valor de todas las respuestas. [4,23]

Tabla 5.4: *Puntuación de corte de la escala de sobrecarga del cuidador –Zarit*

NIVEL DE SOBRECARGA	PUNTUACIÓN
No sobrecarga	< 46
Sobrecarga leve	46 - 47
Sobrecarga leve	55 - 56
Sobrecarga intensa	> 55 - 56

Fuente: Cuestionario Zarit. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud

En cuanto, a sus propiedades psicométricas se ha estudiado la validez de concepto y la validez de constructo. La consistencia interna de la escala es de 0.91 y la fiabilidad del test- retest es de 0,86. [20]

Se les pasarán la Escala de Sobrecarga de Zarit a todos las cuidadoras. También, se pasará a todas las cuidadoras que tengan una puntuación de (No Sobrecarga) o (Sobrecarga Leve). Y además, se realizará el Cuestionario SF – 36 como mecanismo de control para ver si dependiendo del nivel de sobrecarga, su salud está en riesgo.

5.3.2.3. Cuestionario SF-36

Es un cuestionario autoadministrado que está compuesto por 36 ítems, éste valora los estados tanto positivos como negativos de la salud y cubren las siguientes áreas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental [Anexo 7]. El número de ítems incluidos en la escala del cuestionario, así como la descripción del significado de puntuaciones, en las que están ordenadas muestra que a mayor puntuación mejor es el estado de salud.

La vesión española del SF – 36 es uno de los instrumentos genéricos más utilizados en el territorio nacional con mayor potencial en el campo de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). Y es aplicable tanto a los pacientes como a la población en general y compara la carga de muy diversas enfermedades, detecta los beneficios en la salud producidos por un amplio rango de tratamientos diferentes y valora el estado de salud de pacientes individuales. [1, 14,28]

***Tabla 5.5**: Significado de las puntuaciones de la escala SF-36*

SIGNIFICADO DE LAS PUNTUACIONES DE LA ESCALA SF–36 DE 0 A 100			
DIMENSIÓN	**Nº DE ÍTEMS**	**"PEOR" PUNTUACIÓN**	**"MEJOR PUNTUACIÓN"**
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluído bañarse o ducharse, debido a la salud.	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud.
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física.	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física.
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante.	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él.
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore.	Evalúa la propia salud como excelente.
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo.	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo.
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales.	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales.
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales.	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales.
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo.	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo.
Ítem de transición de salud	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año.	Creo que su salud general es mucho mejor ahora que hace 1 año.

Fuente: Cuestionario de Salud SF-36 español

Una vez realizado el cuestionario, se calcula las puntuaciones, siguiendo los siguientes pasos:

- Homogeneización de la dirección de las respuestas mediante la recodificación de los 10 ítems.
- Cálculo del sumatorio de los ítems que componen la escala.
- Transformación lineal de las puntuaciones en una escala entre 0 y 100. Siendo 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). [21]

5.3.2.4 Valoración de la cuidadora: [Anexo 8]

Como instrumento de valoración para detectar problemas reales o de alto riesgo que pueden presentar las cuidadoras, lo realizaremos con los 11 Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon a través del Programa Drago de Atención Primaria.

Existen un conjunto de alteraciones que pueden darse en las cuidadoras, y algunas de las características más importantes son:

- PATRÓN 1: PERCEPCIÓN – MANEJO DE LA SALUD: Si el estado de salud es bueno, si hay manifestaciones físicas que afectan a la calidad de vida o si se llevan a cabo acciones para el cuidado de la salud. El esfuerzo sometido en el cuidado hace que se produzcan manifestaciones de dolor o afecciones físicas, que pueden cronificarse a patologías graves u ocasionar un riesgo de agudizar alteraciones musculoesqueléticas. A pesar de "sentirse mal" no buscan apoyo profesional para atenderse. Se pueden incrementarse hábitos tóxicos y aumento de consumo de fármacos por las manifestaciones clínicas que se producen.

- PATRÓN 2: NUTRICIONAL – METABÓLICO: Hay un riesgo por no realizar dietas adecuadas. Pueden que se salten las 3 comidas diarias, al tener falta de apetito y de energía, etc.

- PATRÓN 3: ELIMINACIÓN: Este patrón podría alterarse como consecuencia de una dieta inadecuada o por alteraciones en el tiempo.

- PATRÓN 4: ACTIVIDAD – EJERCICIO: Hay relación entre este patrón y el tiempo de ser cuidadora, lo que significa que a mayor tiempo de ser cuidadora, mayor afección en este patrón. Por lo tanto, no tienen la suficiente energía para realizar las actividades de la vida diaria y al no poder realizar ejercicio, existe dificultad para mantener actividades de ocio al tener menos tiempo libre.

- PATRÓN 5: SUEÑO – DESCANSO: Frecuentemente sufren alteraciones del sueño, ritmos alterados por el poco descanso.

- PATRÓN 6: COGNITIVO – PERCEPTIVO: Por el sobreesfuerzo en ocasiones se produce un aumento y aparición del dolor, también se origina un déficit de conocimientos sobre aspectos del cuidado.

- PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN Y AUTOCONCEPTO: Se produce sentimientos contradictorios y pueden expresar sentimientos de no sentirse satisfecho consigo mismo,

manifiestan inseguridades, puede aparecer impotencia, baja autoestima, pueden sentirse nervioso, ansioso, más irritado, deprimido produciendo una gran afectación en su vida.

- PATRÓN 8: ROL – RELACIONES: Las cuidadoras al dedicar más de 8 horas en el desempeño de este rol, tienen menos relaciones sociales desde que se dedican al cuidado de su familiar. Además, casi la mitad de las cuidadoras informales presentan un diagnóstico de "cansancio de rol cuidador", por la dificultad de desempeñar este rol del cuidado familiar. Es crucial por la repercusión que tiene sobre la salud de la cuidadora, y la calidad de los cuidados que recibe la persona dependiente. Cuando aparece este cansancio según su etiología, el nivel de carga que este soporta en la realización de sus tareas sobrepasa su capacidad de adaptación.

- PATRÓN 9: SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN: Ser cuidadora de un paciente dependiente, influye negativamente en la sexualidad ya que se produce limitaciones por ser cuidadora y tener poco tiempo libre.

- PATRÓN 10: ADAPTACIÓN Y TOLERANCIA AL ESTRÉS: Las cuidadoras suelen tener un mal manejo de las situaciones estresantes y adaptativos que intervienen en el cuidado continuado de su familiar. En cuanto a la ansiedad se observa que es mayor cuando no dispone de ayuda. Por tanto, el hecho de cuidar a una persona enferma o discapacitada supone cambios que afectan la vida no sólo en el ámbito familiar, laboral y social. Estos cambios, confirman que la presión a la que están expuestos las cuidadoras puede desencadenar en ellos sentimientos de estrés, ansiedad y depresión.

- PATRÓN 11: VALORES – CREENCIAS: Se puede ocasionar conflictos entre la toma de decisiones en salud y los valores que la cuidadora posee. Este hecho puede estar relacionado con las creencias espirituales de dichas cuidadoras por no sobrellevar la responsabilidad del cuidado de un paciente dependiente. [26]

Se ha revisado los resultados y los más adecuados son los que se observan en la tabla 5.6.

Tabla 5.6: *Valoración / Diagnósticos / Intervenciones / Resultados de la cuidadora informal / PFS NANDA – NIC – NOC*

VALORACIÓN / DIAGNOSTICOS/INTERVENCIONES/ RESULTADOS DE LA CUIDADORA INFORMAL /PFS NANDA NIC NOC				
VALORACIÓN PFS	**INTRUMENTO VALORACIÓN**		**DIAGNOSTICO NANDA**	**FACTORES ESTRESANTES DEL CUIDADOR FAMILIAR.**
	DRAGO AP SCS	**CUESTIONARIOS / ESCALAS**		
PATRÓN 1: PERCEPCIÓN – MANEJO DE LA SALUD	X	SF - 36	CÓDIGO 00078: GESTION INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD	Código 1302: Afrontamientos de problemas Código 1606: Participación en las decisiones sobre asistencia sanitaria Código 1608: Control de síntomas
PATRÓN 2: NUTRICIONAL - METABÓLICO	X		CÓDIGO 00002: DESEQUILIIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO O EXCESO	Código 1208: Nivel de depresión
PATRÓN 3: ELIMINACIÓN	X		CÓDIGO 00011: ESTREÑIMIENTO	
PATRÓN 4: ACTIVIDAD - EJERCICIO	X		CÓDIGO 00097: DEFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS	Código 1203: Severidad de la soledad
PATRÓN 5: SUEÑO - DESCANSO	X		CÓDIGO 00095: INSOMNIO	Código 1501: Desempeño del rol Código 2109: Nivel de malestar
PATRÓN 6: COGNITIVO - PERCEPTUAL	X		CÓDIGO 00132 - 00133: DOLOR AGUDO - CRÓNICO	Código 3: Descanso Código 2102: Nivel del dolor
PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO	X		CÓDIGO 00119: BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA	Código 1205: Autoestima Código 1309: Resiliencia personal Código 1310: Resolución de la culpa
PATRÓN 8. ROL - RELACIONES	X	ZARIT	CÓDIGO 00061: CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR CÓDIGO 00062: RIESGO DEL CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR	Código 2202: Preparación del cuidador familiar domiciliario Código 2205: Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos Código 2208: Factores estresantes del cuidador familiar Código 2210: Resistencia del papel del cuidador Código 2506: Salud emocional del cuidador principal Código 2507: Salud física del cuidador principal
PATRÓN 9: SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN	X			
PATRÓN 10: ADAPTACIÓN – TOLERANCIA AL ESTRÉS	X		CÓDIGO 00146: ANSIEDAD	Código 1211: Nivel de ansiedad Código 1302: Afrontamiento de problemas Código 906: Toma de decisiones
PATRÓN 11: VALORES- CREENCIAS	X		CÓDIGO 00169: DETERIORO EN LA RELIGIOSIDAD	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5.7: *Resumen de Instrumentos de medida para la valoración de personas dependientes y cuidadora informal*

RESUMEN DE INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN		
DEPENDENDIENTE/ CUIDADORA	**INSTRUMENTO**	**ANEXO**
VALORACIÓN DE PERSONAS DEPENDIENTES	Índice de Barthel	3
	Test de Pfeiffer	4
VALORACIÓN DE CUIDADORES INFORMALES:	Datos sociodemográficos y características de cuidados informales	5
	Escala de sobrecarga de Zarit	6
	Cuestionario SF-36	7
	Valoración por Patrones Funcionales	8

Fuente: Elaboración propia

6. RECOGIDA DE DATOS

Técnicas de recolección de datos

Se solicita por escrito al Coordinador de La Zona Básica de Las Breñas la autorización para poder realizar el presente estudio. Inicialmente se seleccionará un enfermero de referencia del Centro de Salud, que en este caso será la enfermera de enlace de este mismo centro. Se pone en la práctica su objetivo del estudio, conocimiento del instrumento de medición, cronograma, confidencialidad, normas, identificación. También se le instruye en formular preguntas, aclarar preguntas y respuestas. Se insiste en no inducir las respuestas y dar información adicional previamente determinada y consensuada.

Se acredita a la investigadora para realizar esta tarea, con un documento firmado por el Coordinador de la Zona Básica y la enfermera de enlace. Después, se empieza con la entrega de un consentimiento informado que debe firmar [Anexo 1]. Se asegura mantener el anonimato y la estrecha confidencialidad del paciente y la cuidadora, que da su consentimiento en este estudio. Se añadirá un formulario en el que debe rellenar unos datos mínimos para poder contactar en el futuro y poder realizar la encuesta. Se facilitará un número de teléfono a los pacientes o familiares responsables para aclarar cualquier duda o si necesita más información adicional.

Seguidamente se realizará un primer contacto telefónico para recordar el estudio en el que están incluidos, con el fin de concertar un día en el que se pueda acudir al domicilio a realizar la

entrevista. Se realizará el test de Barthel, test de Pfeiffer, más la Escala de carga del cuidador de Zarit (CBI) y el Cuestionario SF-36 [Anexos 3, 4, 6, 7 respectivamente].

7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Todos los datos obtenidos en la realización de las encuestas se volcarán en base de datos expresamente diseñada para este proyecto. El análisis de los datos se realizará mediante el programa estadístico SPSS 19.0.

Posteriormente, se realizará un análisis descriptivo de cada una de los variables contenidas en los distintos instrumentos/ escalas utilizadas. Las variables cuantitativas se describen como media y desviación típica. Las variables cualitativas se describen mediante frecuencias absolutas y relativas.

Y por último, analizar los resultados de la escala de Zarit con las otras escalas como el cuestionario SF-36 y la valoración por patrones funcionales para detectar diferencias significativas.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Aspectos Éticos

Se envía una carta al comité Ético de Atención Primaria pidiendo el consentimiento para realizar el estudio. Se explica en qué consiste y se expone los documentos que exactamente se pedirán a la cuidadora, también se muestra el consentimiento informado que se le pedirá a la cuidadora que firme y además se explican los datos necesarios que se deben aportar para poder realizar el contacto con los cuidadores que acepten participar en el estudio [Anexos 1 y 2].

En todo momento se proporcionará y se asegurará un número de contacto por si se requiere la aportación de información extra o la resolución de cualquier duda o pregunta. Si en tal caso, se quisiera abandonar la participación en el estudio se podrá denegar en cualquier momento.

Todos los datos de los pacientes que se obtengan serán tratados, regulados y amparados por la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

9. LIMITACIONES DE ESTUDIO

Al realizar las encuestas puede que nos encontremos que los sujetos encuestados no hayan reflexionado sobre su cambio de vida después de ejercer estos cuidados hacia su familiar, siendo posible que se haya modificado su visión de esta realidad en la que se encuentra inmerso o posiblemente de su propia conducta. Es por ello, que algunas encuestadas puedan modificar las respuestas en relación a lo que puedan considerar por el encuestador mejor valorado y no refleje sus sentimientos y opiniones encontrándonos con el sesgo de deseabilidad social. [29]

Otra limitación en el estudio podría ser la población mayor, con dificultades en la lectura y comprensión de las preguntas de las encuestas utilizadas.

Por otro lado, creemos que este estudio difícilmente se puede extrapolar a una zona urbana, por las distintas características: otros estilos de vida, existen diferencias culturales en la forma de entender dicho cuidado, cambios en los modelos de familia, distintas economías, etc.

Para confirmar lo anteriormente expuesto, tendríamos que realizar otros estudios.

10. CRONOGRAMA

Tabla 10.1: *Organigrama donde se especifica cuanto y cuando se realizará cada etapa de la investigación*

Año 2016																
Mes	**Septiembre**				**Octubre**				**Noviembre**				**Diciembre**			
Semana	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**	**1**	**2**	**3**	**4**
Entrega de autorización para presentar el estudio al Coordinador de la Zona Básica de Salud de Las Breñas																
Presentación del estudio a los comités éticos																
Captación de cuidadores para el estudio																
Entrega del consentimiento informado																
Recogida de autorizaciones y consentimiento																
Preparación de material necesario para la realización de encuestas																
Realización de encuestas																
Recogida de cuestionarios																
Análisis de datos																
Elaboración de informe																
Difusión de los resultados																

11. PRESUPUESTO

Tabla 11.1: *Tabla de presupuesto estimado para poder realizar la investigación*

PRESUPUESTO ESTIMADO			
GASTOS FIJOS:			
Personal	**Coste por hora de trabajo en euros**	**Número de horas de trabajo**	**Total en euros**
Investigador titular	-	-	-
Apoyo Estadístico	30	15	450
		SUBTOTAL PERSONAL	**450**
GASTOS VARIABLES:			
Material	**Coste por unidad en euros**	**Unidades necesarias**	**Total en euros**
Paquete 500 folios A4	3	4	12
Sobres	0,20	50	10
Carpeta tamaño A4	1	4	4
Paquete 10 bolígrafos	3	1	3
Grapadora	3	1	3
Caja 1000 grapas	1,20	1	1,20
Gastos de impresión	0,03	400	12
Transporte	-	-	80
Llamadas de telefónicas	-	-	70
Programa estadístico SPSS 19.0	-	-	50
		SUBTOTAL MATERIAL	**245,20**
GASTO TOTAL ESTIMADO DEL PROYECTO EN EUROS			**695,20**

12. APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS

En función de los resultados obtenidos, una vez este proyecto sea llevado a cabo, nos podemos encontrar ante dos situaciones:

- Que la escala de Zarit para valorar la sobrecarga de la cuidadora informal sea suficiente. O que, por el contrario se demuestre que son necesarios otros instrumentos de valoración para determinar la sobrecarga.

Por lo tanto, coincidiendo con la justificación de este proyecto será necesario evaluar la calidad, gestión y cargas de trabajo asistencial para una mejor planificación de cuidados en personas que brindan apoyo a sus familiares.

En función de los resultados obtenidos podremos:

- Realizar mejores informes con la información recogida a través de estos cuestionarios con medidas objetivables y cuantificables, que se podrán intercambiar con profesionales de servicios sociales para la adjudicación de plazas en centros residenciales, centros de día, apoyos por servicios formales como ayuda a domicilio.
- Informar a la gerencia de Atención Primaria de Salud para, que consideren los resultados obtenidos y promuevan las acciones que estimen convenientes.

Según los resultados se podrá detectar la carga física y emocional que le supone a la cuidadora informal. Así mismo, podremos mostrar que éstas pueden convertirse en pacientes de riesgo en un futuro.

Las enfermeras como profesionales cercanas a estas cuidadoras y pacientes podremos identificar los puntos débiles y plantear nuevos enfoques en cuanto a cuidados, o soluciones de problemas.

Y por último, se puede proponer la creación de un programa donde se pueda dar apoyo, con intervenciones dirigidas a prevenir futuras enfermedades provenientes de consecuencias negativas del cuidado y así promover el bienestar físico, social, psicológico y espiritual de la cuidadora. Estas intervenciones realizadas desde el equipo multidisciplinar servirán de soporte de la cuidadora y del paciente.

13. BIBLIOGRAFÍA

1. Medina Aragón FJ, Camacho Bejarano R, Del Saz Garrido P, Duarte Clíments G, Gómez Salgado J, et al. Cuidados Gerontológicos desde la Atención Comunitaria. 1ª ed. Madrid: Colección Líneas de Especialización en Enfermería; 2011.
2. Del Pino Casado R. Factores Culturales y Sobrecarga Subjetiva en el Cuidado Familiar de Mayores Dependientes [tesis doctoral]. Jaén: Universidad de Jaén; 2009.
3. Andreu ET, Asencio JM, Sánchez JCC, Rivas-Ruiz F, Rico RM, Sánchez JS, et al. Calidad de vida relacionada con la salud y sobrecarga de cuidadores de pacientes ingresados con insuficiencia cardiaca.
4. Pardo XM, Cárdenas SJ, Cruz AV, Venegas JM, Magaña IM. Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. Psicooncología 2014; 11(1):71.
5. Ubeda Bonet I. Calidad de vida de los cuidadores familiares: evaluación mediante un cuestionario. 2009.
6. Marco E, Duarte E, Santos J, Aguirrezabal A, Morales A, Belmonte R, et al. Deterioro de la calidad de vida en cuidadores familiares de pacientes con discapacidad por ictus: una entidad a considerar. Revista de Calidad Asistencial 2010; 25(6):356-364.
7. Flores E, Rivas E, Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Ciencia y enfermería 2012; 18(1):29-41.
8. Rivera Mora H, Dávila Mendoza R, González Pedraza Avilés A. Calidad de vida de los cuidadores primarios de pacientes geriátricos de la Clínica de Medicina Familiar Dr. Ignacio Chávez, ISSSTE. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2011; 16(1).
9. López Gil M, Orueta Sánchez R, Gómez-Caro S, Sánchez Oropesa A, Carmona de la Morena, Javier, Alonso Moreno FJ. El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. Revista Clínica de Medicina de Familia 2009; 2(7):332-339.
10. Flores N, Jenaro C, Moro L, Tomşa R. Salud y calidad de vida de cuidadores familiares y profesionales de personas mayores dependientes: estudio comparativo. European Journal of investigation in health, psychology and education 2015; 4(2).
11. Ávila-Toscano JH, Vergara-Mercado M. Calidad de vida en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas. Aquichan (1) 2014; 14(3):417-429.
12. Boletín Oficial del Estado. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia [Internet]. España: [actualizado 30 May 2015; citado 24 de mayo 2016]. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf

13. Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria [Internet]. Servicio Canario de Salud, Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias. [actualizado Feb 2002; citado 12 Abr 2016. Disponible en: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/9e6993c5-ec54-11dd-9b81-99f3df21ba27/PROGRAMA_PERSONAS_MAYORES.pdf.

14. López-Márquez NG. Calidad de vida de cuidadores primarios de pacientes con discapacidad dependiente, del CRIT Chihuahua, México. 2015.

15. Orueta-Sánchez R, Gómez-Calcerrada RM, Gómez-Caro S, Sánchez-Oropesa A, López-Gil MJ, Toledano-Sierra P. Impacto sobre el cuidador principal de una intervención realizada a personas mayores dependientes. Atención primaria 2011; 43(9):490-496.

16. Vargas Escobar L, Afanador NP. Calidad de vida del cuidador familiar y dependencia del paciente con Alzheimer. Avances en Enfermería 2010; 28(1):116-128.

17. Atención Primaria Salud. [Internet]. [citado 10 Abr 2016]. Disponible en: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=c072567e-5102-11e3-a0f5-65699e4ff786&idCarpeta=c2c5026b-b0ab-11dd-a7d2-0594d2361b6c#2.

18. Mujeres y Hombres en Canarias/ Población. Instituto Canario de Estadística [Internet]. [citado 30 May 2016]. Disponible en: http://www.gobiernodecanarias.org/istac/jaxi-istac/menu.do?uripub=urn:uuid:7d5c554b-7d1f-4bb1-8ffe-bfc32e6fd11e

19. Proyecto: 0552 Envejecimiento + activo 1E. [Internet]. [citado 13 May 2016] Disponible en: http://envellecementomaisactivo.eu/sites/default/files/documentos/informeprotocolosconjuntosdevaloracion0211032013_0.pdf

20. Escala de sobrecarga del cuidador - Test de Zarit. [Internet] [citado 13 May 2016] Disponible en: http://salpub.uv.es/SALPUB/practicum12/docs/visidom/Escalas+Instrum_valoracion_atencion_domiciliaria/069_ESCALA_SOBRECARGA_CUIDADOR_Test_Zarit.pdf

21. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. The Spanish version of the Short Form 36 Health Survey: a decade of experience and new developments. Gaceta Sanitaria 2005; 19(2):135-150.

22. Duarte Clíments G, Sánchez Gómez MB, Gómez Salgado, et al. J. Atención al individuo y la familia. Madrid: Colección Líneas de Especialización en Enfermería; 2009.

23. Cuestionario Zarit. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. [Internet]. [citado 13 May 2016] Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT8_Sobrecargacuidador_Zarit.pdf

24. Gómez SC, Ferrer JG, Rigla FR. La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes: Análisis y Propuestas de Intervención Psicosocial. 2015.

25. Alonso J. Cuestionario de Salud SF-36 (versión 2) Internet]. España: [citado el 13 May 2016]. Disponible en: http://sechc.es/files/investigacion/calidad-vida/sf_36_fid276.pdf

26. Mendoza Nava EB, Olvera Pereda S, Quinto Soto K. Calidad de vida del cuidador primario de pacientes con dependencia grave. 2015.

27. Instrumento de medición y escalas. [Internet]. Disponible en: http://investmdos.blogspot.com.es/2011/07/65-instrumento-de-medicion-y-escalas.html

28. Madariaga IA, Antón VAN. Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form-36 (SF-36). Estadística española 2008; 50(167):147-192.

29. Castro ABS. Las herramientas de recogida de datos. El aeiou de la investigación en enfermería. Madrid: Fuden; 2013. p. 278- 262.

Otra bibliografía consultada:

Pina, Dª Josefa Patricia Moreno. Calidad de los cuidados: Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el Área de salud VI de la Región de Murcia [tesis doctoral]. Murcia: 2016.

Giraldo Molina CI, Franco Agudelo GM. Calidad de vida de los cuidadores familiares: Life Quality among Family Carers. Aquichan 2006; 6(1):38-53.

Ocampo JM, Herrera JA, Torres P, Rodríguez JA, Loboa L, García CA. Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. 2013.

Arechabala MC, Catoni MI, Barrios S, Palma E. Spanish validation of the" self-perception of burden of care scale". Acta Paulista de Enfermagem 2012; 25(1):140-145.

13. ANEXOS

ANEXO 1

Consentimiento informado

Institución: Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería y Fisioterapia.

Autor principal: Sandra Hernández Méndez. Estudiante 4º Enfermería.

Con el siguiente informe de consentimiento informado, se pone en constancia a la cuidadora informal responsable que, se está llevando a cabo un estudio en esta institución a los pacientes que requieren continuidad de cuidados en el domicilio, en la que se llevará a cabo una encuesta dentro de tres meses para poder recabar información sobre el nivel de sobrecarga y además si presentan repercusiones negativas en la calidad de vida de la cuidadora de personas dependientes. Esto ayudará a que la enfermería pueda valorar el impacto que genera cuidar a un familiar y puede comprometer la vida, la salud, el bienestar, el cuidado y autocuidado no sólo de la cuidadora, sino también de la persona dependientes de cuidados.

En estos cuestionarios solo se recogerán datos como la edad y sexo y si tiene alguna dificultad en las actividades en la vida diaria. En ningún momento se revelará la identidad, se mantendrá el anonimato y la confidencialidad en todo momento. Además con este consentimiento se pedirá el nombre de la cuidadora responsable que lo ha cumplimentado (en caso de que así fuese) junto con la dirección del domicilio y un número de teléfono para poder contactar (a ser posible un número fijo y móvil o dos móviles).

Así mismo se asegura que en todo momento podrá negarse a participar en este estudio, además que siempre podrá expresar cualquier duda o pedir más información si lo desea y se le podrá facilitar un número de teléfono para poder contactar en caso de que lo desee.

Formulario a cumplimentar:

Dº/Dª:…… con D.N.I.: ……. En……, a día…… del…….. del año 2016, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente manifiesto que he sido informado debidamente y en consecuencia autorizo a que mi caso sea incluido en el estudio llevado a cabo en esta institución, teniendo en cuenta que:

1. He comprendido la naturaleza y el motivo del estudio.
2. He tenido la oportunidad de aclarar mis dudas.

3. Estoy satisfecho/a con la información proporcionada.
4. He comprendido que puedo revocar en cualquier momento mi consentimiento a participar en el estudio antes de que sea llevado a cabo.

Por tanto, declaro que he sido informado debidamente y doy mi consentimiento para ser incluido en este estudio.

Datos necesarios:

Nombre de paciente	
Nombre de la cuidadora responsable	
Institucionalizados	☐ SI ☐ NO
Dirección del domicilio	
Zona Básica de Salud a la que pertenece	
Números para poder contactar	

Firma del Autor principal del estudio: Firma del paciente o responsable:

ANEXO 2

Carta para los Comités Éticos

Estimados miembros del Comité Ético perteneciente a la institución…….. Con el presente documento se les pone en conocimiento que se va a realizar un estudio, con el objetivo de conocer el nivel de sobrecarga de la cuidadora de personas dependientes y además si presentan repercusiones negativas en su calidad de vida. Esto ayudará a que la enfermería pueda valorar el impacto que genera cuidar a un familiar y puede comprometer la vida, la salud, el bienestar, el cuidado y autocuidado no sólo de la cuidadora, sino también de la persona dependientes de cuidados que lleve más de dos años asumiendo el rol de cuidadora.

Con esto, nos gustaría la colaboración de su centro para realizar la captación de los posibles pacientes que puedan ser incluidos en este estudio, presentándoles a las cuidadoras un consentimiento informado (se envía una copia de este para que puedan examinarlo) en el que se le dará información sobre el motivo del estudio que se va a realizar, así como si da su consentimiento con un pequeño formulario de datos que deberá de rellenar para poder contactar con estos en caso de que acepten participar en la investigación; en caso de que el paciente no estuviese en condiciones de poder dar su consentimiento.

En este estudio se asegurará la protección y preservación de toda la información que se le pide a los pacientes, así como su propia intimidad y anonimato; además de que obviamente aseguramos seguir plenamente el Código Deontológico de la Enfermería Española.

En caso de que tengan alguna duda con en el estudio, pueden contactar con el investigador, además de que la institución siempre podrá negar a seguir con la colaboración en cualquier momento previo o durante el desarrollo del mismo estudio.

Atentamente,

S. Hernández Méndez. Investigador titular.

Firma Investigador titular Firma Comité Ético

ANEXO 3

Índice de Barthel (ABVD): Capacidad funcional para las actividades básicas de la vida diaria (Mahoney y Barthel, 1965)

COMER

10	**Independiente**	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc., por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
5	**Necesita ayuda**	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.
0	**Dependiente**	Necesita ser alimentado por otra persona.

LAVARSE - BAÑARSE

5	**Independiente**	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
0	**Dependiente**	Necesita alguna ayuda o supervisión.

VESTIRSE

10	**Independiente**	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc., sin ayuda).
5	**Necesita ayuda**	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
0	**Dependiente**	

ARREGLARSE

5	**Independiente**	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona.
0	**Dependiente**	Necesita alguna ayuda.

DEPOSICIÓN

10	**Continente**	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios, es capaz de administrárselos por sí solo.
5	**Accidente ocasional**	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios.
0	**Incontinente**	Incluye administración de enemas o supositorios por otro.

MICCIÓN – VALORAR LA SITUACIÓN EN LA SEMANA PREVIA

10	**Continente**	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo.
5	**Accidente ocasional**	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios.
0	**Incontinente**	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse.

IR AL RETRETE

10	**Independiente**	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc.) es capaza de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar.
5	**Necesita ayuda**	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	**Dependiente**	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

TRASLADARSE SILLÓN / CAMA

15	**Independiente**	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda.
10	**Mínima ayuda**	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento.
5	**Gran ayuda**	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse.
0	**Dependiente**	Necesita grúa o completo alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

DEAMBULACIÓN

15	**Independiente**	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc…), excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitársela sólo.
10	**Necesita ayuda**	Supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador).
5	**Independiente en silla de ruedas**	En 50 metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo.
0	**Dependiente**	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro.

SUBIR Y BAJAR ESCALERAS

10	**Independiente**	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc.) y el pasamanos.
5	**Necesita ayuda**	Supervisión física o verbal.
0	**Dependiente**	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor).

Fecha						
Puntuación total						

Fuente: Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria.
Servicio Canario de Salud, Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias

ANEXO 4

Test de Pfeiffer

ÍTEMS	ERRORES
1. ¿Qué día es hoy? - día, mes, año -	
2. ¿Qué día de la semana es hoy?	
3. ¿Cuál es el nombre de este lugar?	
4. ¿Cuál es su número de teléfono (en caso de que no tenga, cuál es su dirección)?	
5. ¿Qué edad tiene?	
6. ¿Cuál es su fecha de su nacimiento? – día, mes, año -	
7. ¿Cómo se llama el Rey que tenemos ahora en España?	
8. ¿Quién mandaba en España antes que el Rey actual?	
9. ¿Cuál es el nombre de su madre?	
10. Restar de 3 en 3 a partir de 20.	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Fuente: Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria.
Servicio Canario de Salud, Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias

ANEXO 5

Datos sociodemográficos del cuidador informal

EVALUACIÓN DEL CUIDADOR	INFORMAL
VARIABLES:	**RESPUESTAS**
1. Edad	Especificar: _____
2. Sexo	☐ Varón ☐ Mujer
3. Nivel de estudios	☐ Analfabetos ☐ Estudios Medios ☐ Sin estudios ☐ Estudios Superiores ☐ Estudios Primarios
4. Situación laboral	☐ Ocupado ☐ Jubilado ☐ En paro ☐ Incapacidad laboral ☐ Estudiante ☐ Otros ☐ Personal que se ocupa de su hogar
5. La periodicidad en los cuidados es:	☐ Periodos de vacaciones ☐ Diario ☐ Fines de semana ☐ Continuo ☐ Diario pero puntual ☐ Otros
6. Tiempo de cuidados	☐ Menos de 7 horas ☐ Entre 21 y 28 horas ☐ Entre 7 y 14 horas ☐ Más de 28 horas ☐ Entre 14 y 21 horas semanales
7. Relación con la persona que cuida	☐ Padre ☐ Hijo ☐ Abuelo ☐ Cónyuge ☐ Madre ☐ Sobrino ☐ Suegra ☐ Suegro
8. Número de cuidadores habituales:	_____
9. El cuidador informal recibe ayuda de alguien para cuidar	☐ SI ☐ NO Especificar: _____
10. ¿Con qué frecuencia le ayuda?	☐ Hay reparto ☐ Ocasional ☐ En todo momento
11. ¿Qué cantidad de ayuda semanal recibe de estas personas de apoyo?	Especificar: _____ _____
12. ¿Consideras que la ayuda es suficiente?	Especificar: _____ _____
13. Si es insuficiente, por qué:	☐ Yo solo/a me valgo ☐ No necesito de otros/as ☐ No pueden hacerlo porque no tienen tiempo ☐ No pueden hacerlo porque viven lejos, aunque en la misma ciudad ☐ No pueden hacerlo porque viven en otra ciudad ☐ No lo hacen porque no quieren ☐ Tienen malas relaciones con (o mal concepto de) la persona cuidada ☐ No lo hacen porque piensan que esa tarea me corresponde a mí ☐ Otra (especificar)_____

Fuente: La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes:
Análisis y Propuestas de Intervención Psicosocial

ANEXO 6

Cuestionario de Zarit

	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE
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 Vd.?					
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 a tener que cuidar de su familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar 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 familiar?					

18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su 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?					

FECHA					
PUNTUACIÓN					

Fuente: Cuestionario Zarit. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud

ANEXO 7

Cuestionario SF-36

1. En general, usted diría que su salud es:	1 ☐ Excelente 2 ☐ Muy buena 3 ☐ Buena 4 ☐ Regular **5** ☐ Mala
2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:	1 ☐ Mucho mejor ahora que hace un año 2 ☐ Algo mejor ahora que hace un año 3 ☐ Más o menos igual que hace un año 4 ☐ Algo peor ahora que hace un año **5** ☐ Mucho peor ahora que hace un año
3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?	
a) Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores	1 ☐ Sí, me limita mucho 2 ☐ Sí, me limita un poco 3 ☐ No, no me limita nada
b) Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	1 ☐ Sí, me limita mucho 2 ☐ Sí, me limita un poco 3 ☐ No, no me limita nada
c) Coger o llevar la bolsa de la compra.	1 ☐ Sí, me limita mucho 2 ☐ Sí, me limita un poco 3 ☐ No, no me limita nada
d) Subir varios pisos por la escalera.	1 ☐ Sí, me limita mucho 2 ☐ Sí, me limita un poco 3 ☐ No, no me limita nada
e) Subir un sólo piso por la escalera.	1 ☐ Sí, me limita mucho 2 ☐ Sí, me limita un poco 3 ☐ No, no me limita nada
f) Agacharse o arrodillarse.	1 ☐ Sí, me limita mucho 2 ☐ Sí, me limita un poco 3 ☐ No, no me limita nada
g) Caminar un kilómetro o más.	1 ☐ Sí, me limita mucho 2 ☐ Sí, me limita un poco 3 ☐ No, no me limita nada

h) Caminar varios centenares de metros.	1 ☐ Sí, me limita mucho 2 ☐ Sí, me limita un poco 3 ☐ No, no me limita nada
i) Caminar unos 100 metros.	1 ☐ Sí, me limita mucho 2 ☐ Sí, me limita un poco 3 ☐ No, no me limita nada
j) Bañarse o vestirse por sí mismo.	1 ☐ Sí, me limita mucho 2 ☐ Sí, me limita un poco 3 ☐ No, no me limita nada
4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	
a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1 ☐ Siempre 2 ☐ Casi siempre 3 ☐ Algunas veces 4 ☐ Sólo alguna vez **5** ☐ Nunca
b) ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1 ☐ Siempre 2 ☐ Casi siempre 3 ☐ Algunas veces 4 ☐ Sólo alguna vez **5** ☐ Nunca
c) ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1 ☐ Siempre 2 ☐ Casi siempre 3 ☐ Algunas veces 4 ☐ Sólo alguna vez **5** ☐ Nunca
d) ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	1 ☐ Siempre 2 ☐ Casi siempre 3 ☐ Algunas veces 4 ☐ Sólo alguna vez **5** ☐ Nunca
5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?	
a) ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus	1 ☐ Siempre

	actividades cotidianas por algún problema emocional?	2 ☐ Casi siempre 3 ☐ Algunas veces 4 ☐ Sólo alguna vez **5** ☐ Nunca
b)	¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?	1 ☐ Siempre 2 ☐ Casi siempre 3 ☐ Algunas veces 4 ☐ Sólo alguna vez **5** ☐ Nunca
c)	¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?	1 ☐ Siempre 2 ☐ Casi siempre 3 ☐ Algunas veces 4 ☐ Sólo alguna vez **5** ☐ Nunca
6.	**Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?**	1 ☐ Nada 2 ☐ Un poco 3 ☐ Regular 4 ☐ Bastante **5** ☐ Mucho
7.	**¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?**	1 ☐ No, ninguno 2 ☐ Sí, muy poco 3 ☐ Sí, un poco 4 ☐ Sí, moderado **5** ☐ Sí, mucho **6** ☐ Sí, muchísimo
8.	**Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?**	1 ☐ Nada 2 ☐ Un poco 3 ☐ Regular 4 ☐ Bastante **5** ☐ Mucho
9.	**Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia…**	
a)	¿Se sintió lleno de vitalidad?	1 ☐ Siempre 2 ☐ Casi siempre 3 ☐ Algunas veces 4 ☐ Sólo alguna vez **5** ☐ Nunca
b)	¿Estuvo muy nervioso?	1 ☐ Siempre 2 ☐ Casi siempre

	3 ☐ Algunas veces 4 ☐ Sólo alguna vez **5** ☐ Nunca
c) ¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	1 ☐ Siempre 2 ☐ Casi siempre 3 ☐ Algunas veces 4 ☐ Sólo alguna vez **5** ☐ Nunca
d) ¿Se sintió calmado y tranquilo?	1 ☐ Siempre 2 ☐ Casi siempre 3 ☐ Algunas veces 4 ☐ Sólo alguna vez **5** ☐ Nunca
e) ¿Tuvo mucha energía?	1 ☐ Siempre 2 ☐ Casi siempre 3 ☐ Algunas veces 4 ☐ Sólo alguna vez **5** ☐ Nunca
f) ¿Se sintió desanimado y deprimido?	1 ☐ Siempre 2 ☐ Casi siempre 3 ☐ Algunas veces 4 ☐ Sólo alguna vez **5** ☐ Nunca
g) ¿Se sintió agotado?	1 ☐ Siempre 2 ☐ Casi siempre 3 ☐ Algunas veces 4 ☐ Sólo alguna vez **5** ☐ Nunca
h) ¿Se sintió feliz?	1 ☐ Siempre 2 ☐ Casi siempre 3 ☐ Algunas veces 4 ☐ Sólo alguna vez **5** ☐ Nunca
i) ¿Se sintió cansado?	1 ☐ Siempre 2 ☐ Casi siempre 3 ☐ Algunas veces 4 ☐ Sólo alguna vez **5** ☐ Nunca

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	1 ☐ Siempre 2 ☐ Casi siempre 3 ☐ Algunas veces 4 ☐ Sólo alguna vez **5** ☐ Nunca
11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases.	1 ☐ Totalmente cierta 2 ☐ Bastante cierta 3 ☐ No lo sé 4 ☐ Bastante falsa **5** ☐ Totalmente falsa

Fuente: Instituto Municipal de Investigación Médica.
Cuestionario de Salud SF-36 (versión 2)

ANEXO 8

Cuestionario, test, tablas e índices estructurados por patrones funcionales de salud.

PATRÓN	ASPECTO A VALORAR	CUESTIONARIOS
PATRON 1 PERCEPCION DE SALUD	**Salud Global**	Impresión clínica global Riesgo coronario, tablas REGICOR Riesgo cardiovascular, tablas SCORE Test de Apgar, RN Escala de observación del lactante de corta edad (YIOS) Escala de observación del lactante (YOS)
	Calidad de vida relacionada con la salud	Calidad de vida COOP WONCA Calidad de vida EUROQOL 5D **Calidad de vida SF-36, SF-11** Escala de Karnofsky Calidad de vida en pacientes oncológicos
	Tabaco	Dependencia en nicotina Test de motivación para dejar de fumar
	Alcohol	Test AUDIT
	juego	TEST Ludo-CAGE Cuestionario de Juego de Sout OAKS
	Problemas de salud	Criterios de Centor para la amigdalitis Tinnitus Handicap Inventory adaptado
	Riesgo de caídas	Evaluación de la marcha y el equilibrio- Tinneti Escala de riesgo de caídas múltiples Time up and go
	Cumplimiento terapéutico	Test de Morisky Green Test de Batalla

PATRÓN	ASPECTO A VALORAR	CUESTIONARIOS
PATRON 8 PERCEPCION DE SALUD	**Familia**	Percepción de función familiar-Test de Apgar Familiar Apoyo social percibido o funcional- cuestionario DUKE
	Violencia	Escala de riesgo de violencia de PLUTCHIK
	Riesgo social	Escala sociofamiliar de Gijón
	Cuidador	**Entrevista sobre la carga del cuidador-** **CUESTIONARIO DE ZARIT** Índice de esfuerzo de del cuidador Maslach BurnOut Inventory

Fuente: Cuidados Gerontológicos desde la Atención Comunitaria