

ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS CUIDADORAS DE PACIENTES DEPENDIENTES



Servicio Madrileño de Salud

Dirección General de
Atención Primaria

 **Comunidad de Madrid**

“ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS CUIDADORAS DE PACIENTES DEPENDIENTES”

COORDINACIÓN

Lasheras Lozano M^a Luisa.- Médica. Grado de Doctora. Técnico Superior de Salud Pública. Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención.

GRUPO DE TRABAJO:

Arranz Morillo Celia.- Trabajadora social. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de La Princesa. Dirección General de Hospitales.

García Robledal, Blanca Mar.- Enfermera Centro de Salud Jaime Vera. Gerencia de Atención Primaria.

Granados Arroyo, Belén.- Médica. Técnico de Apoyo de Asociaciones de Pacientes. Dirección General de Atención al Paciente.

Lasheras Lozano M^a Luisa.- Médica. Grado de Doctora. Técnico Superior de Salud Pública. Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Minguet Arenas, M^a Cristina.- Grado en Enfermería. Técnico de Apoyo. Subdirección de Promoción de la salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Moya Fernández, Luis.- Fisioterapeuta Centro de Salud Valleaguado. Gerencia de Atención Primaria. Presidente Comisión Atención Primaria Colegio Fisioterapeutas de Madrid.

Navarro Ramos, Yolanda.- Enfermera. Centro de Salud Párroco Julio Morate. Gerencia de Atención Primaria.

Pérez Pascual, M^a Lourdes.- Trabajadora Social. Centro de Salud Pacífico. Gerencia de Atención Primaria.

Pérez Rivas, Francisco Javier.- Enfermero de Apoyo. Gerencia Adjunta de Planificación y Calidad. Gerencia de Atención Primaria.

Pinto Fontanillo, José Antonio.- Jefe de Sección de Promoción de la Salud en las Personas Mayores. Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Zamarrón Fraile, M^a Ester.- Médica. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Baviera. Gerencia de Atención Primaria.

REVISORES

Beatriz Arévalo Suárez.- Trabajadora Social Centros de Salud San Cristóbal y Centro de Salud Comillas. Gerencia de Atención Primaria.

M^a Rosario Luis-Yagüe López.- Trabajadora Social. Servicios de Salud Mental Fuencarral - el Pardo. Dirección General de Hospitales.

José Miguel Mansilla Domínguez.- Enfermero Equipo de Atención Primaria. Responsable de Enfermería. Centro de Salud de Pinto. Gerencia de Atención Primaria.

Carlos Ribot Catalá.- Médico de Atención Primaria. Centro de Salud Jaime Vera. Leganés. Gerencia de Atención Primaria.

María del Mar Sánchez Martín.- Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Cristóbal. Gerencia de Atención Primaria.

Rosa María Sanz Ramírez.- Enfermera Especialista en Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Pinto. Gerencia de Atención Primaria.

Maria José Yagüe Martínez.- Trabajadora Social. Centros de Salud Jaime Vera, Maria Montessori y Leganés Norte. Leganés. Gerencia de Atención Primaria.

DISEÑO Y APOYO ADMINISTRATIVO:

Esther Ortiz de Villajos Moreno. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. Dirección General de Atención Primaria.

Fecha de finalización del documento: noviembre 2013

PRESENTACIÓN

El envejecimiento poblacional y el aumento de la sobrevida por enfermedades crónicas están incrementando la prevalencia de personas que necesitan ayudas para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (comer, usar retrete, vestirse, bañarse, trasladarse, deambular). Este incremento de la dependencia, requiere de un aumento de personas que se ocupan de prestar cuidados a las personas dependientes y representa, además de un problema social, un problema de Salud Pública que desde el sistema sanitario debe ser considerado.

En ocasiones se observa incapacidad de las familias para responder de forma adecuada a las necesidades y demandas de las personas dependientes. La dedicación cotidiana al cuidado produce sobrecarga con repercusiones negativas en el estado de salud y la calidad de vida de quien lo realiza. La mayor parte de los cuidados prestados a personas dependientes los asumen sus familiares y en menor proporción personas ajenas contratadas por la familia. Con mucha frecuencia es una única persona quien asume la responsabilidad y el trabajo de la atención, lo que la convierte en cuidadora principal. La literatura científica pone de manifiesto que hasta la mitad de las personas cuidadoras presentan síntomas psicológicos, somatizaciones o dificultades para dormir. Es esta sobrecarga provocada por el hecho de cuidar lo que genera el sentimiento de incapacidad para afrontar los cuidados.

Existe, por tanto, un mayor riesgo de morbilidad, tanto física como psíquica, en aquella persona que se constituye como encargada principal del cuidado de la persona dependiente. Los factores asociados a los problemas de salud son de distinto orden, por una parte están las características de la persona dependiente (grado de autonomía, tipo de enfermedad, conocimientos sobre la misma, trastornos de conducta, etc.) y por otro las condiciones de vida (organización familiar, compatibilidad laboral con el cuidado, condiciones del domicilio, recursos sociales y económicos, apoyos institucionales, etc.).

El sistema sanitario tiene la responsabilidad de intervenir para prevenir la aparición de los problemas de salud y en el manejo de los mismos, identificando a las personas cuidadoras con riesgo de sobrecarga, colaborando a incrementar sus conocimientos sobre el manejo de la enfermedad y el autocuidado, facilitando técnicas de afrontamiento del estrés y tratando la morbilidad asociada al hecho de cuidar. El presente documento dirigido a las y los profesionales del sistema sanitario tiene por objeto facilitar esta intervención.

Antonio Alemany López

Director General de Atención Primaria

ÍNDICE

JUSTIFICACIÓN.....	6
Las personas cuidadoras	7
Impacto del hecho de cuidar sobre la salud de la persona cuidadora	8
Profesionales de la salud y atención sanitaria a las personas cuidadoras.....	9
OBJETIVOS	11
Generales	11
Específicos	11
PROFESIONALES A QUIENES VA DIRIGIDO	11
POBLACIÓN DIANA.....	11
PLAN DE ACTUACIÓN	12
Captación.....	12
Valoración.....	12
Valoración inicial de la persona cuidadora	12
Valoración clínica integral por patrones funcionales	14
Valoración Social (en Centro de Salud o domicilio).....	18
Problemas identificados.....	19
Problemas de salud.....	19
Diagnósticos enfermeros	20
Problemas sociales.....	21
Plan de acción	22
Intervenciones de Promoción de la Salud.....	22
Intervenciones terapéuticas/ Plan de cuidados/ Intervenciones de Atención Social	27
Derivación.....	31
Seguimiento.....	32
SISTEMA DE REGISTRO	33
INDICADORES DE EVALUACIÓN	34
RECURSOS.....	37
GLOSARIO	39
BIBLIOGRAFÍA	41
ANEXOS.....	47

1. JUSTIFICACIÓN

El Instituto Nacional de Estadística (INE)¹ estima que la tasa de discapacidad para personas de 6 ó más años en España se sitúa en 89,7 por mil habitantes. Si bien la discapacidad y por tanto el requerimiento de cuidados no afecta exclusivamente a las personas mayores, probablemente sea este grupo de población el que tiene más peso al valorar la dependencia^{2,3}.

El envejecimiento de la población, unido al incremento de las tasas de supervivencia de los enfermos crónicos ha facilitado la concentración de un número creciente de personas con discapacidad en el colectivo con edades más avanzadas de la vida, lo que conlleva un aumento de la dimensión social de los cuidados que precisan estas personas. No en vano, la dependencia en personas mayores constituye actualmente un desafío al que es preciso hacer frente⁴⁻⁶.

La población dependiente es aquella que requiere de ayuda para realizar las actividades de la vida diaria^{7,8}. Si bien existen numerosas definiciones de cuidado⁹⁻¹¹, en este documento se utiliza este término para hacer referencia a esas situaciones en las que una persona necesita a otra, por tanto, se usa el concepto "cuidado", estrechamente unido a dependencia e incluye diferentes actividades orientadas a mantener la salud y el bienestar de las personas dependientes, pero también de quienes cuidan de ellas. Por tanto, el concepto cuidado implica al menos dos dimensiones: la recepción de cuidados y la provisión de los mismos.

En España la provisión de cuidados al paciente dependiente en su entorno la realizan fundamentalmente las familias (cuidado informal) o personas contratadas por ellas (cuidado formal no profesional)¹², complementando así el cuidado formal que se presta por parte de la administración. Estos cuidados no profesionales suponen una disminución de la utilización de los servicios de ayuda a domicilio y una demora en la institucionalización del paciente⁵. Esta complementariedad y sobre todo el deterioro de la salud que con frecuencia acompaña a las personas cuidadoras*, obliga a las instituciones a prestarles el apoyo necesario y facilitarles instrumentos para mejorar su propia salud y prevenir la sobrecarga¹³. Por ello, este documento se focaliza en la atención a la salud de esas personas proveedoras de cuidados informales o formales no profesionales que acompañan a las personas dependientes y se responsabilizan diariamente de la mayoría de sus cuidados, es decir a quienes desempeñan el "rol de cuidadores".

* En este documento se ha optado por sustituir el término "cuidador", utilizado ampliamente en la literatura, por "persona cuidadora" (en cumplimiento de la LEY ORGÁNICA 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres). Se mantiene el término cuidador en las clasificaciones por motivos de taxonomía.

- **Las personas cuidadoras**

Según la encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia realizada por el INE en 2008 *"más de dos millones de personas con discapacidad recibían cuidados personales o supervisión"*¹. Estas tareas eran prestadas por personas del entorno o contratadas para ello^{14,15}.

La mayoría (74-80%) de quienes asumen la responsabilidad de cuidar a personas dependientes son mujeres^{1,15,16} por lo tanto estamos hablando de una población feminizada. Más de la mitad (el 51,9%) tienen una edad comprendida entre 45 y 64 años. El 63% de estas mujeres no han superado estudios primarios y el 43% se dedica en exclusiva a las tareas del hogar. Los hombres cuidadores son mayores (57% son jubilados) y tienen mayor nivel de educación que las mujeres (38% estudios secundarios o superiores). En cuanto al parentesco que une a la persona cuidadora con la cuidada, por orden de frecuencia son: hijas/hijos (57,2%), esposos (16,8%) y nuera/yerno (10,1%). En el caso de cuidadoras inmigrantes, la media de edad parece situarse por debajo de la de las cuidadoras familiares oscilando entre los 24 y 46 años^{17,18} dato de interés para la captación.

El análisis en función del lugar de residencia muestra que el 78,9% de las personas cuidadoras principales vive en el mismo hogar que la persona a la que presta los cuidados.

En relación con las características del cuidado que se presta, la mayoría (93%-95,9%) de las personas cuidadoras principales dedican 6 ó 7 días a la semana^{13,16}. Las mujeres prestan estos cuidados con mayor intensidad diaria (el 58% dedica más de 8 horas al día a cuidar frente al 48% de los hombres) y semanal (el 60% de las mujeres frente al 48% de los hombres cuidan 40 horas o más a la semana), acumulando más de 8 años de cuidado el 46% de las mujeres y el 42% de los hombres¹⁶.

También existen diferencias en las tareas que realizan mujeres y hombres en relación con el cuidado. Las mujeres ayudan con más frecuencia a alimentarse, vestirse o asearse mientras que los hombres lo hacen en lo relativo a la movilidad física dentro del domicilio y acompañamiento y cuidados fuera de él (visita médica, gestiones, compras, etc.). Según el INE¹ la principal dificultad que encuentran las personas cuidadoras es la falta de fuerza física para realizar las tareas de asistencia personal.

Cuidar de una persona dependiente supone responder a sus necesidades y proporcionarle cuidados específicos que ella no puede procurarse a sí misma y con frecuencia asumir otras responsabilidades derivadas de la situación, como tomar decisiones en relación con la atención sanitaria, solucionar aspectos legales o incluso asumir su representación legal. Desempeñar este trabajo implica mucha dedicación y cambios importantes en la organización de la vida personal y familiar, ya que las personas cuidadoras necesitan compatibilizar el cuidado con el resto de actividades de la vida diaria: actividad laboral, ocio, relaciones familiares y sociales. Por

todo ello, aunque la implicación no es la misma en todos los casos y el contexto y las condiciones en el que se desarrollan los cuidados tampoco, existe evidencia de que responsabilizarse de la mayoría de los cuidados que requieren las personas dependientes conlleva efectos negativos sobre la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras. La sobrecarga de las cuidadoras principales ha sido descrita independientemente de los problemas de salud que afectan a las personas dependientes^{14-16,19-23}.

- **Impacto del hecho de cuidar sobre la salud de la persona cuidadora**

Los efectos del cuidado sobre la salud de las personas cuidadoras han sido ampliamente documentados. Según fuentes del INE¹, la mayoría de las personas que presta cuidados afirma sentirse cansada y una parte importante ve deteriorada su salud. Las mujeres perciben con más frecuencia que los hombres (37% vs 21%) que su salud se ha deteriorado por cuidar¹⁶ y en ellas esta percepción de mala salud aumenta con la edad.

Un mayor nivel educativo, compatibilizar las responsabilidades del cuidado con trabajo remunerado y salir del espacio doméstico para las tareas de acompañamiento y cuidado parecen factores protectores, mientras que desempeñar tareas relacionadas con la asistencia personal en la vida diaria (comer, vestirse, aseo personal, etc.) y las de movilidad física dentro del hogar se asocian con mayor riesgo para la salud¹⁶.

En general existe consenso en que asumir la responsabilidad del cuidado resulta altamente estresante ya que se detectan elevados niveles de depresión y ansiedad en las personas cuidadoras. Dado que las mujeres asumen mayor carga de trabajo, el cuidado para ellas entraña mayor riesgo, quizá por ello la proporción de mujeres que percibe el deterioro de su salud es superior al de hombres para cualquier categoría de frecuencia, intensidad y duración de los cuidados^{20,24}.

Entre las alteraciones más frecuentes del bienestar de las personas cuidadoras están las alteraciones del estado de ánimo como son la ansiedad y la depresión, las dificultades para dormir que impiden el descanso reparador o sentimientos ambivalentes (de amor y odio, de afecto y rabia, de alegría y enfado, de disculpa y culpa) y preocupación por la sensación de pérdida de control y autonomía. Se observan mayores tasas de morbilidad que en población general^{7,14,20}.

Algunos estudios concluyen que por sí sola la discapacidad del receptor de los cuidados no explicaría la sobrecarga de las personas cuidadoras, mientras que otros expresan que es el grado de dependencia y la prolongación del cuidado los que están relacionados con los síntomas depresivos. Sean unos u otros los factores asociados, la sobrecarga puede aliviarse mediante la adecuación de los recursos personales y sociales para afrontar la situación^{7, 21,22}.

Entre los efectos físicos más frecuentes están los problemas osteomusculares que afectan a la espalda, brazos y hombros y que aunque pueden presentarse de forma aguda tienden a ser crónicos. En general este tipo de problemas está relacionado con los esfuerzos físicos realizados en el cuidado. Muchas de las personas cuidadoras manifiestan sentirse cansadas y expresan como dificultad la falta de fuerza física para realizar movilizaciones de las personas dependientes^{1, 19, 23, 25}.

Es importante considerar también que muchas personas cuidadoras son ancianas y con enfermedades crónicas que pueden verse empeoradas por el estrés que supone el cuidado de un familiar dependiente. Así mismo, aunque la problemática emocional de las personas cuidadoras parece depender más de sus características personales que del contexto, hay que considerar que los cambios en las relaciones personales y familiares debidos a las responsabilidades del cuidado pueden dar lugar a discrepancias con la pareja, tendencia al aislamiento social y/o conflictos de intereses con otros miembros de la familia, hechos todos ellos que influirán en la calidad de vida²⁰.

- **Profesionales de la salud y atención sanitaria a las personas cuidadoras**

Las y los profesionales de la salud reciben cada día en sus consultas pacientes que se ocupan del cuidado (formal no profesional o informal) de otras personas. En la atención a estas personas siempre se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones²⁵⁻²⁹:

- La mayoría de las personas cuidadoras informales piensan en la persona dependiente más que en sí mismas, motivo por el que acaban por abandonar su propio cuidado y es frecuente que acudan al sistema sanitario aquejadas de problemas de salud derivados del rol que desempeñan, pero sin relacionarlos con él.
- El hecho de cuidar afecta negativamente a la salud de quienes cuidan pero tiene mayores riesgos para las mujeres por la mayor carga de trabajo que tienen que asumir.
- Es preciso abandonar actitudes que potencian los estereotipos sexistas que atribuyen a las mujeres más y mejores capacidades para el cuidado.
- Una proporción muy elevada del cuidado formal no profesional lo realizan mujeres inmigrantes. El impacto de cuidar sobre la salud de estas mujeres puede verse empeorado por diversos factores (duelo migratorio, precariedad económica, deudas adquiridas en el país de origen, hacinamiento en la vivienda, dificultades con el idioma, etc.,) y aliviado por unas relaciones interpersonales de buen trato con todos sus contactos.
- Además el bienestar de la persona cuidadora mejora cuando:
 - o Cuida de su propia salud.
 - o Adquiere habilidades para afrontar y resolver los problemas derivados del cuidado.
 - o Aprende a delegar.

- o Dedicar tiempo para sí misma: actividades de ocio, relaciones sociales, etc..
- o Recibe apoyo, reconocimiento y comprensión de su familia.
- o Tiene conocimientos sobre los cuidados específicos para atender a la persona cuidada.
- o Cuenta con la ayuda profesional (enfermería, medicina, trabajo social, fisioterapia, etc.).
- o Dispone de apoyo institucional (centros de día, ayuda a domicilio, residencias de respiro, escuelas para personas cuidadoras) y de asociaciones y grupos de ayuda mutua.

Mejorar la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras es un asunto complejo de nuestra sociedad, que debería ser abordado desde diferentes contextos, entre los que se encuentra el sistema sanitario. La actuación con estas personas debe ir más allá del diagnóstico y la medicalización de los problemas de salud que presentan, realizando un abordaje desde una perspectiva integral y holística³⁰.

La intervención sanitaria será más eficiente si además de centrarse en el tratamiento concreto de las dolencias actuales derivadas del desempeño del rol de cuidadora, pone énfasis en el desarrollo de medidas para la prevención de los citados problemas. Este documento pretende orientar las intervenciones a realizar desde el sistema sanitario, haciendo especial hincapié en las medidas de promoción y educación para la salud que pueden evitar la aparición de múltiples alteraciones de salud en estas personas.

2. OBJETIVOS

- **Generales.**

1. Mejorar la calidad de vida y el grado de bienestar de las personas cuidadoras de personas en situación de dependencia.
2. Prevenir los trastornos de salud derivados de su rol.
3. Mejorar la salud de las personas cuidadoras que presentan señales de alerta y/o de sobrecarga.

- **Específicos:**

1. Identificar a las personas cuidadoras de personas dependientes.
2. Desarrollar actividades de promoción de la salud y prevención de la aparición de problemas de salud.
3. Identificar a las personas cuidadoras que presentan sobrecarga derivada de su rol.
4. Detectar otros problemas de salud biopsicosocial que presentan estas personas.
5. Intervenir precozmente sobre los problemas detectados.

3. PROFESIONALES A QUIENES VA DIRIGIDO

Profesionales sociosanitarios de los Centros de Salud de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

4. POBLACIÓN DIANA

Persona que actúa como cuidadora principal de cualquier persona dependiente.

5. PLAN DE ACTUACIÓN

Para lograr los objetivos que se plantean en este protocolo es necesario diseñar un plan de actuación, bien estructurado y en el que se coordinen de manera adecuada las intervenciones de todo el personal del Centro de Salud implicado en la atención a estas personas.

• Captación

La captación se realizará por cualquier profesional sociosanitario del centro de salud, interrogando activamente si tiene a su cargo una persona dependiente en las siguientes situaciones:

- **En el contexto de una visita domiciliaria** a una persona en cualquier situación de dependencia.
 - o **Persona cuidadora del mismo cupo** de la persona dependiente: captación y atención.
 - o **Persona cuidadora de cupo diferente** de la persona dependiente: se recomienda contactar con su profesional de referencia.
- **En la consulta del centro de salud.**
 - o **Familiares y o acompañantes** de personas mayores, inmovilizadas, susceptibles de recibir cuidados paliativos o inmerso en un proceso al final de la vida.
Pregunta tipo: ¿Es usted el cuidador principal?
 - o **Paciente mayor $\geq$ 45 años** que consulta por otro motivo o persona de cualquier edad si se sospecha o se sabe que se dedica a cuidar de otras.
Pregunta tipo: ¿Tiene usted a su cargo alguna persona enferma o mayor que dependa de usted?
- **Captación activa por contacto telefónico** con familiares de personas dependientes, carteles en los centros de salud, información en boletines locales, etc...

• Valoración

➤ Valoración inicial de la persona cuidadora.

Una vez captada la persona cuidadora, realizar la *escala de Zarit reducida*^{31,32} (ANEXOS 1) para conocer si existe sobrecarga de la persona cuidadora:

Escala de Zarit reducida:

1. *¿Siente usted que a causa del tiempo que dedica a su familiar/paciente, ya no tiene tiempo suficiente para usted misma(o)?*
2. *¿Se siente estresada(o) al tener que atender a su familiar/paciente y tener además que atender a otras responsabilidades?*
3. *¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de forma negativa?*
4. *¿Se siente agotada/o cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?*
5. *¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?*
6. *¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?*
7. *En general, ¿se siente muy sobrecargada/o al tener que cuidar de su familiar/paciente?*

Valoración escala Zarit

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

El punto de corte está establecido en una puntuación mayor o igual de 17 puntos, que indicaría claudicación familiar (pero no puede diferenciar respecto a la intensidad de la sobrecarga)

Si el test de Zarit reducido es positivo (puntuación mayor o igual de 17 puntos): Tratar el motivo de consulta y derivar a consulta concertada, en un breve periodo de tiempo (inferior a una semana), para realizar valoración enfermera integral que incluya el test de "*Índice de Esfuerzo del Cuidador*"³²⁻³⁴ (ANEXOS 1 y 2).

Si el test de Zarit reducido es negativo (puntuación menor de 17 puntos): Considerar que, a pesar de un test de Zarit negativo, las personas cuidadoras pueden presentar problemas que no relacionen directamente con su rol, por lo que hay que tener en cuenta posibles señales de alarma, tales como consumo excesivo de sustancias excitantes (café, té,...), inicio y/o incremento en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, consumo de medicamentos no prescritos por un profesional sanitario^{1,15,19,20}. Así mismo pueden presentar una diversidad de problemas inespecíficos como labilidad emocional, astenia, alteraciones gastrointestinales (pirosis, dispepsia,...), patología osteomioarticular (mialgias, contracturas,...), etc.

Por estas razones, **aunque en el test de Zarit reducido se obtenga una puntuación menor de 17**, se derivará a las personas cuidadoras a consulta de enfermería concertada para valoración integral e intervenciones preventivas (ANEXO 2).

Con frecuencia, las personas cuidadoras requieren apoyo social, en tal caso **independientemente de la puntuación obtenida en el test de Zarit, debe considerarse la necesidad de valoración social**, derivando si procede, a la consulta de trabajo social (ANEXO 2).

➤ **Valoración clínica integral por patrones funcionales**³⁵.

Esta valoración se realizará en consulta concertada de enfermería (en Centro de Salud o domicilio):

- o **Patrón 1:** Percepción/Mantenimiento de la salud
 - Autopercepción del estado de salud.
 - Problemas de su propia salud: conocimientos, nivel de autocuidados, actitud ante sus problemas de salud. Valorar si se ha producido una disminución del cuidado personal por los requerimientos del cuidado al dependiente.
 - Aumento del número de problemas de salud.
 - Valoración del aspecto físico en relación con su expresión sobre el grado de afectación de sus cuidados personales: cuidado/descuidado, nivel de aseo, signos de cansancio.

- Cambios en el cumplimiento terapéutico: automedicación, disminución del grado de respuesta terapéutica con respecto al habitual, inicio o aumento del consumo de fármacos ansiolíticos, hipnóticos, analgésicos, etc.
- Inicio en el consumo o incremento del previo existente de sustancias estimulantes (café, té, etc.), tabaco, alcohol y otros tóxicos.
- Riesgo de lesiones/accidentes en relación con los cuidados que presta.
- o **Patrón 2:** Nutricional/Metabólico
 - Adecuada nutrición e hidratación: Nivel de apetito, número de comidas al día, variedad y calidad de las mismas, tipo de líquidos ingeridos y cantidad a lo largo de la jornada.
- o **Patrón 3:** Eliminación
 - Variación del ritmo intestinal habitual (aumento o disminución del número de deposiciones y/o características de las mismas).
 - Uso /abuso de laxantes, enemas, etc...
- o **Patrón 4:** Actividad/Ejercicio
 - Situación laboral: tipo de trabajo, horas laborales, tipo de jornada etc.
 - Cómo organiza su tiempo a lo largo del día.
 - Tipo de ejercicio físico que realiza: paseo, deporte.
 - ✓ Tiempo de dedicación y distribución durante la semana.
 - ✓ Valorar si la actividad/ejercicio se han visto alterados por su dedicación a los cuidados de la persona dependiente.
 - Actividades de ocio.
 - ✓ Grado en que su función cuidadora afecta a estas actividades.
 - ✓ Problemas relacionados como desinterés por el ocio, incapacidad de desarrollar el ocio habitual, aburrimiento, etc.
 - Nivel de energía: cansancio excesivo, pérdida de energía, fatiga crónica.
- o **Patrón 5:** Sueño/Descanso
 - Número de horas de sueño al día, siestas.
 - Problemas con el sueño: de conciliación, interrupciones, despertares de madrugada, etc..

- Grado en el que el sueño es reparador:
 - ✓ Cansancio al levantarse, somnolencia.
 - ✓ Influencia en sus actividades diarias
- Signos de cansancio en el momento de la entrevista.
- Medicamentos que toma para descansar/dormir.
- o **Patrón 6:** Cognitivo/Perceptivo
 - Nivel de estudios.
 - Aptitud y actitud ante el cuidado del dependiente.
 - Problemas de memoria, dificultad para concentrarse.
 - Dolor: localización, intensidad y control.
- o **Patrón 7:** Autopercepción
 - Verbalizaciones autonegativas con respecto a los cuidados prestados a la persona dependiente: expresiones de inutilidad y/o desesperanza.
 - Estados de ansiedad y/o depresión.
 - Identidad, imagen corporal, imagen social.
 - Otras alteraciones: intranquilidad, irritabilidad, angustia, déficit de atención, cambios frecuentes de humor, conducta indecisa.
- o **Patrón 8:** Rol/Relaciones
 - Parentesco con la persona dependiente.
 - Convivencia o no con ella.
 - Tipos de atención: (ANEXO 3):
 - ✓ Cuidados prestados
 - Aseo/vestido/alimentación.
 - Cuidado de la enfermedad/medicación/curas.
 - Apoyo afectivo/entretenimiento/vigilancia.
 - ✓ Tareas del hogar: limpieza/compras/gestiones.
 - ✓ ¿Desde cuándo ejerce el cuidado?
 - ✓ ¿Cuánto tiempo dedica al cuidado diariamente?

Nº de horas _____

- Calidad de relación entre paciente dependiente y persona cuidadora.
 - Red de apoyo familiar y social: situación sociofamiliar y económica.
 - Problemas en relaciones sociales, familiares y/o laborales:
 - ✓ Sentimientos de soledad, aislamiento.
 - ✓ Disminución del interés por las personas o por las actividades.
 - Pertenencia a grupos de ayuda mutua o asociaciones de pacientes.
 - En las personas con Zarit reducido positivo, aplicar la escala de "Índice de Esfuerzo del Cuidador" para determinar el grado de sobrecarga (ANEXO 1)
- o **Patrón 9:** Sexualidad
- Nivel de actividad sexual respecto a la existente antes de iniciar el rol como cuidadora.
 - Capacidad de disfrute con las relaciones sexuales.
 - En mujeres: síntomas relacionados con la menopausia tales como sofocos, sequedad vaginal, palpitaciones, etc.
 - En hombres: disfunción eréctil.
- o **Patrón 10:** Adaptación al estrés.
- Presencia de cambios importantes recientes en la vida de la persona cuidadora y su valoración como positivos o negativos.
 - Capacidad de adaptación a los cambios: preocupación excesiva, negación de los problemas, emociones inapropiadas.
 - Capacidad y actitud para afrontar el estrés.
 - Sensación actual de estrés, situaciones anteriores de estrés y resolución de situaciones de estrés previas.
 - Psicosomatización.
 - Uso/abuso de fármacos/drogas secundario al factor estresante.
- o **Patrón 11:** Valores/Creencias.
- Grado de satisfacción con su vida.
 - Conflictos éticos/morales/toma de decisiones surgidos en relación con el cuidado que presta.

- En caso de practicar alguna religión, afectación por la situación de cuidado a la persona dependiente.

➤ **Valoración Social (en Centro de Salud o domicilio)**

A través de una escucha activa y tras generar vínculo con la persona que ejerce de cuidadora el trabajador o trabajadora social del Centro de Salud, mediante el análisis profundo de su situación, sentimientos, emociones, vivencias y dificultades, tanto en aspectos individuales como interpersonales procederá a explorar las siguientes áreas³⁶⁻³⁸:

- o La Situación personal y familiar
 - Concepto sobre sí misma, autoestima, habilidades sociales, interpersonales y de afrontamiento (capacidad de expresar sentimientos, pedir ayuda, resolver conflictos, controlar el estrés....).
 - Proyecto vital.
 - Convivencia con la persona dependiente: continua, reside cerca, interna, externa si la persona cuidadora es contratada etc.
 - Número de miembros de la unidad de convivencia, relación de parentesco.
 - Grado de apoyo y dinámica del grupo familiar:
 - ✓ Visibilización y reconocimiento del rol que desempeña la persona cuidadora,
 - ✓ Delegación de funciones por parte de la persona cuidadora,
 - ✓ Corresponsabilidad de otros familiares.
 - Grado de comunicación (valorar la comprensión del idioma si la persona cuidadora es inmigrante).
 - Dinámica relacional. Emoción expresada. Posibles fuentes de conflicto.
 - Organización general.
- o Situación económico-laboral
 - Conciliación vida familiar/laboral: Estudia, trabajo remunerado, desempleada, ama de casa, pensionista, etc.
 - Si es persona contratada tener en cuenta la relación laboral, satisfacción con el trabajo, con la remuneración.
 - Ingresos económicos de la Unidad de convivencia: adecuados, deficitarios, deudas, gestión...

- Situación jurídica
- o Condiciones de la vivienda (de la persona cuidadora y/o de la dependiente).
 - Vivienda en propiedad, alquiler, usufructo, etc.
 - Condiciones de habitabilidad de la vivienda.
 - Existencia de barreras arquitectónicas.
 - Acondicionamiento del domicilio a las necesidades del dependiente.
- o Relaciones y recursos sociales:
 - Apoyos formales y/o informales (amistades, vecindad, voluntariado...).
 - Apoyos formales para la persona dependiente (Teleasistencia, Servicio de Ayuda a Domicilio, Centro de día,...).
 - Conocimiento y uso de las redes de apoyo social.
 - Participación en actividades lúdicas y/o formativas.
 - Existencia de espacio relacional propio (alguien con quien salir, divertirse, con quien hablar, compartir sus preocupaciones, que le muestre amor y afecto, que le apoye, le aconseje, etc).
 - Grado de integración sociocultural de la persona cuidadora inmigrante, dominio del idioma (hablado y escrito).
- o Existencia de acontecimientos vitales estresantes: situaciones o procesos que conllevan alteraciones en las dinámicas personales y/o familiares: fallecimiento de seres queridos, emancipación de hijos, despido laboral, pérdidas económicas, nacimientos, traslados, otros cambios, etc. Problemas identificados

- **Problemas identificados**

- **Problemas de salud**

Existen una variedad de problemas inespecíficos que muestran las personas cuidadoras^{14-17,19-24}. Un incremento de la frecuentación en consulta así como una disminución de la respuesta a la terapéutica habitual pueden ser signos indirectos de la sobrecarga de la persona cuidadora. Entre los síntomas más frecuentes destacamos:

- o Astenia, irritabilidad, labilidad emocional, insomnio, ansiedad, distorsiones de la percepción de la realidad, disminución de la libido, somatizaciones (cefalea tensional, dolor abdominal inespecífico...)
- o Uso/abuso de psicofármacos, analgésicos, consumo de alcohol, tabaco u otras drogas.
- o Alteraciones gastrointestinales: pirosis, sensación de reflujo gastro-esofágico, dispepsia, cambios en el ritmo intestinal.
- o Agudización de enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, patología tiroidea (hiper- e hipotiroidismo) o cutánea (eccema, psoriasis...)
- o Aparición de infecciones recurrentes en ocasiones secundarias al mal cumplimiento terapéutico antibiótico
- o Patología osteomuscular: poliartralgias, mialgias, contracturas musculares, u otros síntomas musculoesqueléticos podrían estar relacionadas con las transferencias del paciente inmovilizado y beneficiarse de una educación postural y fisioterapia.

➤ **Diagnósticos enfermeros** ³⁹

Los diagnósticos enfermeros más habituales relacionados con el rol de las personas cuidadoras son:

- o Real
 - Cansancio del rol de la persona cuidadora
 - Baja autoestima situacional.
 - Afrontamiento inefectivo.
 - Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar.
 - Mantenimiento ineficaz de la propia salud.
- o De riesgo
 - Riesgo de cansancio del rol de la persona cuidadora.
- o De promoción de la salud
 - Disposición para mejorar el autocuidado.
 - Disposición para mejorar el afrontamiento familiar.

➤ *Problemas sociales.*

Los diagnósticos sociales más frecuentes en personas cuidadoras son los siguientes⁴⁰⁻⁴³:

- o Problemas en la situación personal:
 - Dificultad en la asunción del rol de persona cuidadora.
 - Dificultad para el autocuidado y el cuidado de la persona dependiente.
 - Escasas habilidades sociales y o de afrontamiento.
 - Invisibilidad y/o ausencia de reconocimiento de las implicaciones del cuidado.
 - Dificultad de comunicación con la persona dependiente por motivos de idioma.
 - Cambio de roles (parentales, filiales, de pareja, etc.,) por las nuevas funciones asumidas y la modificación de otras.
 - Deficiencias en el conocimiento y/o utilización de los recursos relacionados con el autocuidado (grupos de ayuda mutua, actividades de ocio, grupos terapéuticos, recomendaciones de autocuidado).
 - Desconocimiento de recursos y prestaciones relacionados con el “cuidar” y/o utilización de los mismos (laborales, económicas, residenciales, sociales, etc.,).
- o Problemas en la unidad familiar de convivencia:
 - Responsabilidades no compartidas.
 - Comunicación deficitaria / incomunicación.
 - Dificultad en la toma de decisiones.
 - Claudicación de apoyo familiar.
- o Problemática socioeconómica-laboral:
 - Dificultad para conciliar la vida laboral y familiar.
 - Ingresos económicos de la Unidad de convivencia: adecuados, deficitarios, deudas, gestión, etc...
 - Insatisfacción con la relación laboral y con la remuneración si se trata de una persona contratada.
 - Problemas jurídicos.

- o Condiciones de la vivienda (de la persona cuidadora y/o de la dependiente):
 - Vivienda en propiedad, alquiler, subalquiler, usufructo, etc.
 - Condiciones de habitabilidad de la vivienda.
 - Existencia de barreras arquitectónicas.
 - Acondicionamiento del domicilio a las necesidades del dependiente.
- o Relaciones y recursos sociales:
 - Pérdida de relaciones sociales y/o aislamiento social.
 - Desconocimiento de recursos sociales de apoyo.
 - Ausencia de integración sociocultural de la persona cuidadora inmigrante por problemas de idioma.

- **Plan de acción**

- *Intervenciones de Promoción de la Salud*

La Promoción de la Salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control de su propia salud para mejorarla. Representa una estrategia de mediación entre las personas y su entorno, facilitando la elección personal y la responsabilidad social en salud para crear un futuro más saludable^{44,45}. Incluye intervenciones de educación, formación, investigación, legislación, coordinación de políticas y desarrollo comunitario.

Las intervenciones son más efectivas cuando:

- o Tienen múltiples estrategias (fortalecer destrezas personales, crear entornos saludables, reorientar servicios sanitarios, etc.).
- o Se trabaja de forma coordinada desde distintas instituciones (sanitarias y no sanitarias).
- o Se desarrollan simultáneamente en diferentes escenarios (consulta, centro de salud, el domicilio, el municipio).

Desde el centro de salud, en el caso que nos ocupa, las intervenciones se dirigirán a prevenir la aparición de sobrecarga física o emocional y a mejorar el bienestar y la calidad de vida de la persona cuidadora una vez que la sobrecarga está presente. Se trata de mejorar el autocuidado (facilitar la adquisición de conocimientos, habilidades y recursos para que la persona cuidadora cuide sí misma) y potenciar el apoyo de su entorno, por lo tanto **serán de aplicación a todas las personas cuidadoras identificadas**, muestren

o no signos de alarma o sobrecarga y se centrarán en la prevención de riesgos y/o el afrontamiento de problemas derivados de la actividad de cuidar.

Entre las estrategias de Promoción de la Salud en Atención Primaria para potenciar el autocuidado de las personas cuidadoras están las centradas en el individuo y las centradas en su entorno próximo (familiares, allegados y entorno local), siendo instrumentos básicos para llevarlas a cabo la Educación para la Salud y el establecimiento de alianzas interinstitucionales.

- o Estrategias centradas en el individuo: utilizan básicamente técnicas de Educación para la Salud:
 - Intervenciones breves con personas cuidadoras: se caracterizan porque están limitadas en el tiempo y son muy concisas. Tienen por objetivo promover conductas saludables y/o modificar las que no lo son mediante una intervención sencilla, motivando a la persona cuidadora para que active sus propios recursos. Consideradas en conjunto son eficaces, efectivas y eficientes (unas más que otras) sobre todo en Atención Primaria de Salud. Su difusión tiene potenciales beneficios en materia de Salud Pública⁴⁶⁻⁴⁸.
 - ✓ Consejo informativo: Aporta información muy breve sobre cómo cuidarse uno mismo y ayuda a quien lo recibe a plantearse el cambio de comportamiento⁴⁸ (ej.: pedir ayuda a otros familiares o introducir cambios en la relación con la persona cuidada, ampliar círculo de relaciones sociales, etc)
 - ✓ Consejo individual sistematizado (ANEXO 4): Intervención breve, no tanto como la anterior, que incluye información y elementos motivadores para el cambio, como son: un análisis del comportamiento, el mensaje, la entrega de algún material de apoyo escrito (ANEXOS 5-6) y el ofrecimiento de ayuda profesional en la consulta⁴⁸. ([Metodología consejo](#))

Las intervenciones breves pueden resultar útiles para trabajar con las personas cuidadoras que manifiestan disponer de poco tiempo o cuando los contactos con el sistema sanitario son escasos²⁵. Así mismo, es importante ofrecer intervenciones breves para evitar el incremento de estrés en aquellas que ya están estresadas.

- Entrevista motivacional (ANEXO 4): Es una metodología que induce a las personas a la reflexión para que identifiquen y resuelvan sus problemas potenciales y presentes^{49,50}. En el caso de las personas cuidadoras la

entrevista motivacional facilita la toma de conciencia de la repercusión que tiene el hecho de cuidar sobre su salud y la necesidad de proporcionarse cuidados a sí mismas como forma de mejorar su bienestar y su calidad de vida. Es una técnica útil para ayudarles a decidir y progresar hacia sus objetivos. La persona implicada asume la responsabilidad para el cambio y por ello se requiere su compromiso.

La tarea de los profesionales es crear una atmosfera positiva para que el cambio se pueda producir, pero la decisión no depende de ellos. El objetivo es incrementar la motivación de la persona cuidadora de modo que sea ésta quien presente las razones para el cambio y no el profesional. La estrategia de la entrevista motivacional es persuasiva y de apoyo más que coercitiva y de discusión. Es importante respetar la libertad de la persona cuidadora para tomar decisiones y actuar.

Tras la entrevista motivacional subyace la creencia de que cada persona posee un potencial poderoso para el cambio. La tarea del profesional es hacer salir dicho potencial, es decir, facilitar los procesos naturales de cambio que son inherentes a todo ser humano.

Esta técnica puede resultar de mayor utilidad en aquellas personas que no relacionan su estado de salud con la tarea de cuidar cuando ya presentan signos de alarma o sobrecarga atribuibles a su rol.

- Educación para la salud individual: En este caso se programan una serie de consultas educativas que se pactan entre el profesional y la persona cuidadora para trabajar sobre el rol de cuidado y los problemas que de él pueden derivarse, desde una perspectiva más amplia que incluye: análisis del comportamiento ante el hecho de cuidar, análisis del entorno familiar, laboral y social, propuestas de acción, entrega de material escrito de apoyo (folletos, hojas informativas...), aprendizaje de ejercicios sencillos de entrenamiento (respiración, relajación, actividad física, cuidado de la espalda) y seguimiento de los cambios que se producen en un mínimo de tres consultas concertadas^{12,48,51}.
- Educación para la salud grupal: Comprende una serie de sesiones programadas dirigidas a un grupo de personas cuidadoras con el objetivo de mejorar y aumentar sus capacidades para afrontar su situación y evitar los riesgos de ella derivados. Las personas cuidadoras que asistan al grupo habrán de analizar su situación y la influencia que sobre ellas ejerce su entorno, identificar qué elementos concretos influyen en su malestar y qué

pueden hacer para afrontarlos. El intercambio de experiencias entre los miembros del grupo, la entrega de material de apoyo (escrito o audiovisual) y la realización de ejercicios de entrenamiento pueden favorecer su aprendizaje. Es preciso el seguimiento de los posibles cambios en un mínimo de tres sesiones de enseñanza-aprendizaje^{48,51}.

En la actualidad en algunos centros de salud se ofertan talleres y actividades grupales que resultan útiles para adquirir conocimientos, motivar a las personas que lo necesitan y propugnar cambios que mejoren sus condiciones de vida y sus conductas saludables.

Los profesionales sociosanitarios deberán conocer y recomendar la participación en este tipo de actividades a la persona cuidadora que se pueda beneficiar de ellas. Son ejemplos de trabajo grupal los talleres de Educación para la Salud dirigidos a personas cuidadoras y los de promoción de estilos de vida saludable disponibles en intranet AP y en el espacio EpS⁵². ([Talleres de EpS](#))

En resumen, la utilización de una u otra técnica y la elección del escenario de aplicación se basarán en las necesidades específicas de las personas cuidadoras, teniendo en cuenta las características y posibilidades de participación de la población destinataria³⁰.

- o Estrategias de intervención centradas en el entorno. Son complementarias de las anteriores y hacen referencia al ámbito de aplicación y no a una metodología determinada.
 - El trabajo en el contexto familiar de la persona cuidadora es sin duda necesario para la distribución de responsabilidades, la descarga de la cuidadora principal y el apoyo en las tareas del cuidado^{12, 51}.

En el caso de que la cuidadora sea contratada será preciso trabajar en el entorno de la persona cuidada, sobre todo si se trata de una cuidadora en régimen interno. Especial atención requieren las mujeres inmigrantes, cuya salud se ve afectada no solo por la actividad de cuidar sino también por el proceso migratorio y las relaciones personales^{29,30}. Cuando estas relaciones son de buen trato e igualitarias, actúan como factor de protección

- El entorno comunitario próximo es otro escenario de actuación de la Atención Primaria de Salud. Para ello es preciso establecer alianzas intra e interinstitucionales y coordinarse con otros profesionales, de forma que se

optimicen los recursos destinados a la Promoción y la Educación para la salud^{12,44,45}.

Los ayuntamientos, los servicios de salud pública, otros centros de salud próximos o los medios locales de comunicación (radio, prensa y televisión) pueden resultar aliados muy efectivos para lograr entornos saludables que faciliten estilos de vida saludable y apoyen con sus recursos las intervenciones y los cambios.

Los Grupos de Ayuda Mutua^{12,30,44,51} son recursos comunitarios que pueden resultar de gran utilidad, ya que se ha demostrado que el afrontamiento de las enfermedades crónicas y los problemas de salud pueden abordarse de forma efectiva a través del aprendizaje y del apoyo mutuo. Muchas personas cuidadoras encuentran en estos grupos un espacio en el que compartir sus experiencias y exponer sus necesidades, al tiempo que les facilitan recursos y posibilidades de solución de sus problemas. Con el apoyo de estos grupos logran alcanzar sus objetivos de autonomía y de autoestima⁴⁴ (ANEXO 5).

Buscar alianzas con ONGs que dispongan de programas de atención a las cuidadoras inmigrantes y con asociaciones de apoyo a personas inmigrantes, ya que por su conocimiento y experiencia con estos grupos de población favorecen la efectividad de las intervenciones, sean éstas terapéuticas o preventivas. Con frecuencia disponen de traductores y realizan mediaciones culturales, hecho que tiende a facilitar la comunicación y el entendimiento.

En relación con los contenidos para promocionar la salud y prevenir los problemas derivados de la actividad de cuidar es importante considerar los siguientes temas:

- o Procurarse un tiempo para el propio cuidado es una herramienta de gran ayuda para que la persona cuidadora mejore su bienestar. Es importante incidir en aspectos como el aseo personal, la alimentación equilibrada, dedicar tiempo suficiente al descanso, reservar una parte del día para realizar actividades lúdicas o compartir tiempo con familiares y amistades, desarrollar actividad física y realizar periódicamente ejercicios sencillos de relajación^{12,51} (ANEXO 6).
- o El apoyo de la familia es un recurso fundamental que contribuye al bienestar de las personas cuidadoras^{12,51}. Por este motivo resulta de gran ayuda potenciar desde el sistema sanitario su corresponsabilidad.

- o Acciones educativas relacionadas con la enfermedad de la persona dependiente: saber cuidar mejor de la persona dependiente también contribuye al bienestar de la persona cuidadora y previene problemas de salud derivados del rol de cuidar. Por ello, corresponde al sistema sanitario instruir a las personas cuidadoras en el cuidado de los enfermos y dependientes^{30,51}, facilitando así su autonomía:

- Facilitar conocimientos y habilidades relacionados con las actividades de la vida diaria: higiene y aseo, vestido, alimentación, actividad física adecuada a las condiciones de la persona dependiente.
- Proporcionar conocimientos y habilidades sobre cuidados relacionados con los problemas específicos de salud de la persona dependiente: manejo de medicaciones, sondajes, curas, controles glucémicos....
- Medidas de prevención de accidentes y protección de la salud osteomioarticular de la persona dependiente como por ejemplo, recomendaciones sobre las adaptaciones del domicilio y la movilización de las personas mayores para evitar caídas. [Guía prevención de caídas](#)
- Fomentar la adecuada planificación de las actividades de la persona dependiente
- Potenciar el aprendizaje de los principios básicos y las técnicas de movilización y transferencia de la persona dependiente con dificultades de movilidad (ANEXO 7).

- o Las personas cuidadoras requieren información sobre los recursos que pueden facilitarles apoyo para el desempeño de su rol, tanto dentro del sistema sanitario como en la comunidad (consultar el apartado de recursos).

➤ ***Intervenciones terapéuticas/ Plan de cuidados/ Intervenciones de Atención Social***

Todos los problemas de salud que aparezcan, relacionados con el hecho de cuidar, deben de abordarse desde una perspectiva interdisciplinar coordinada.

- o En la consulta médica

Se valorarán tanto los síntomas físicos como los psicológicos con el fin de utilizar en cada momento los fármacos estrictamente necesarios y durante el menor tiempo posible, especialmente los psicofármacos y los analgésicos, evitando situaciones que conlleven su abuso. Para ello se tendrán en cuenta los posibles factores desencadenantes entre los que destacan las características de

la persona cuidadora (hombre, mujer, familiar, contratada) y las condiciones del cuidado (duración, tiempo dedicado, apoyo familiar y social, etc.)⁵³.

Considerar la derivación a consulta de fisioterapia en caso de problemas osteomusculares con el objetivo no solo de valorar y tratar las dolencias (ANEXO 8) sino también de prevenir lesiones mediante el aprendizaje de técnicas de movilización y transferencia (ANEXO 7).

Una vez descartada la presencia de alteraciones de origen orgánico, hay que hacer especial hincapié en explicar al cuidador que su sintomatología está relacionada con la sobrecarga derivada del cuidado e insistir en medidas higiénico-dietéticas y de educación para la salud.

o En consulta de enfermería

Diseño e implementación de un plan de cuidados enfermeros, (ANEXO 9) según los diagnósticos establecidos, que potencie el autocuidado y la capacidad de afrontamiento de la persona cuidadora^{39,54,55}.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
- CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR - RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR	- Bienestar del cuidador principal - Resistencia del papel del cuidador - Salud emocional del cuidador principal - Salud física del cuidador principal	- Apoyo al cuidador principal - Aumentar el afrontamiento - Cuidados intermitentes
MANTENIMIENTO INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD	- Autogestión de los cuidados - Conducta de búsqueda de la salud - Estado de salud personal	- Apoyo en la toma de decisiones - Aumentar el afrontamiento - Análisis de la situación sanitaria - Educación sanitaria
BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL	- Autoestima	- Potenciación de la autoestima - Apoyo emocional - Aumentar el afrontamiento - Grupo de apoyo
AFRONTAMIENTO INEFECTIVO	- Afrontamiento de problemas - Conocimiento: recursos sanitarios - Toma de decisiones	- Apoyo emocional - Aumentar el afrontamiento - Apoyo en la toma de decisiones - Asesoramiento - Guías del sistema sanitario
GESTIÓN INEFICAZ DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO FAMILIAR	- Afrontamiento de los problemas de la familia	- Aumentar el afrontamiento - Apoyo emocional - Apoyo en la toma de decisiones - Asesoramiento - Aumentar los sistemas de apoyo
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AUTOCUIDADO	- Autogestión de los cuidados	- Asesoramiento - Educación sanitaria - Aumentar el afrontamiento - Apoyo en la toma de decisiones
DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO FAMILIAR	- Afrontamiento de los problemas de la familia - Bienestar del cuidador principal	- Aumentar el afrontamiento - Apoyo a la familia - Apoyo al cuidador principal - Cuidados intermitentes

- o En consulta de trabajo social

Diseño e implementación de un plan de intervención de trabajo social en base a los diagnósticos realizados a partir de la valoración social llevada a cabo^{38,41,56}.

<u>DIAGNÓSTICO SOCIAL</u>	<u>INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL</u>
• Dificultad en la asunción del rol de persona cuidadora. • Dificultad para el autocuidado y el cuidado de la persona dependiente. • Escasas habilidades sociales y o de afrontamiento. • Invisibilidad y/o ausencia de reconocimiento de las implicaciones del cuidado. • Dificultad de comunicación con la persona dependiente por motivos de idioma. • Cambio de roles (parentales, filiales, de pareja, etc.,) por las nuevas funciones asumidas y la modificación de otras. • Deficiencias en el conocimiento y/o utilización de los recursos relacionados con el autocuidado (grupos de ayuda mutua, actividades de ocio, grupos terapéuticos, recomendaciones de autocuidado). • Desconocimiento de recursos y prestaciones relacionados con el "cuidar" y/o utilización de los mismos (laborales, económicas, residenciales, sociales, etc.,).	• Acompañar en el reconocimiento de los motivos por los que cuida, de las funciones inherentes al rol de cuidador y de los riesgos que conlleva. • Coordinar con profesionales sanitarios intervenciones conjuntas de aprendizaje para promover y/o recuperar la propia salud. • Potenciar la participación en actividades grupales. • Facilitar técnicas para generar y aumentar las habilidades sociales. • Potenciar las capacidades y habilidades personales: Trabajar el concepto de asertividad.
Problemas en la Unidad familiar de convivencia: • Responsabilidades no compartidas. • Comunicación deficitaria /incomunicación. • Dificultad en la toma de decisiones. • Claudicación de apoyo familiar.	Estudio de los miembros de la unidad familiar. • Realización de entrevistas familiares. Analizar los roles y funciones adoptadas frente al familiar dependiente. • Realización de entrevistas conjuntas con otros profesionales intervinientes. • Apoyo en la toma de decisiones. • Realizar funciones de mediación: fomentar la comunicación intrafamiliar y favorecer los procesos de cambio para modificar las funciones y aumentar la implicación de otros miembros de la familia en el cuidado.
Problemática económica/laboral. • Dificultad para conciliar la vida laboral y	Análisis de la situación laboral. • Horarios de trabajo y tiempo dedicado al

familiar. • Insuficientes ingresos económicos de la Unidad de convivencia. • Deudas, problemas de gestión del dinero, riesgo de pérdida de bienes materiales o inmuebles, etc. • Insatisfacción con la relación laboral, con la remuneración (si es persona contratada). • Problemas jurídicos.	cuidado. • Aceptación de los límites personales. • Reducción de la culpabilidad. • Análisis de ingresos y gastos. • Gestión de gastos. • Información de prestaciones y pensiones. • Búsqueda de fuentes de ingresos económicos. • Información sobre temas jurídicos. Concepto de incapacitación civil, tutela,... • Búsqueda de alternativas y soluciones.
Problemas de vivienda: • Condiciones de habitabilidad de la vivienda (alquiler, propiedad, usufructo, hacinamiento, etc.,). • Barreras arquitectónicas. • Servicios básicos inadecuados.	• Visita domiciliaria. • Análisis y Valoración de la vivienda. • Información y gestión de recursos para la adecuación de la vivienda. • Asesorar sobre alternativas residenciales.
Relaciones y recursos sociales: • Pérdida de relaciones sociales y/o aislamiento social. • Desconocimiento de recursos sociales de apoyo. • Ausencia de integración sociocultural de la persona cuidadora inmigrante por problemas de idioma.	• Análisis de la importancia y la necesidad de tener relaciones sociales. • Búsqueda e incorporación a actividades sociales y comunitarias • Vinculación con grupos de autoayuda • Información sobre los recursos sociales y de apoyo existentes: Teleasistencia, Servicio de Ayuda a Domicilio, Respiro Familiar, Voluntariado,... • Favorecer la adecuada utilización de los recursos sociosanitarios. • Entrevistas de seguimiento para valorar los avances y evaluar resultado de las derivaciones

Cualquier profesional del equipo interdisciplinar, cuando lo crea necesario, propondrá a la persona cuidadora su participación en alguno de los programas existentes de educación para la salud y/o en grupos de ayuda mutua.

- **Derivación a otros dispositivos**

Cuando la intervención llevada a cabo por profesionales del centro de salud de Atención Primaria no sea suficiente para resolver los problemas socio-sanitarios y de calidad de vida que presente la persona cuidadora, se valorará la conveniencia de derivarla a otros niveles asistenciales o recursos externos (Salud Mental, Servicios Sociales, Unidades Especializadas, etc.,).

- **Seguimiento**

Se realizará en consulta programada:

- Si la persona cuidadora presenta algún riesgo o algún problema de salud, se valorará la periodicidad de las visitas en función del tipo, la gravedad y la evolución del mismo.
- Si en la valoración inicial no se detectan problemas ni riesgos, se recomienda reevaluar al menos 1 vez al año.

6. SISTEMA DE REGISTRO

El registro del proceso de atención al paciente cuidador se realizará en la historia clínica electrónica (AP Madrid) de la persona cuidadora y no en la historia de la persona cuidada. Para ello se utilizarán las herramientas disponibles en la aplicación (episodios CIAP, módulo de planes de cuidados,...) y un protocolo (formulario de registro) específico, elaborado para registrar los aspectos contemplados en esta guía que no se pueden registrar en otros apartados.

En relación con los episodios CIAP se recomienda la utilización de los códigos Z22 para el "cuidador informal" (familiar,..) y el Z24 para el "cuidador formal" (remunerado no profesional):

CÓDIGO	PROBLEMA/DESCRIPCIÓN	UTILIZACIÓN	
Z14	PROBLEMA CON CONYUGE POR ENFERMEDAD (CUIDADOR)	CUIDADOR INFORMAL	CUIDADOR DEL CONYUGE DEPENDIENTE
Z18	PROBLEMA POR ENFERMEDAD DE LOS NIÑOS / HIJOS (CUIDADOR)		CUIDADOR DE UN HIJO DEPENDIENTE
Z22	PROBLEMA CON PADRES / FAMILIARES POR ENFERMEDAD (CUIDADOR)		CUIDADOR PADRES DEPENDIENTES
Z24	PROBLEMA INTERPERSON CON NO FAMILIARES NC	CUIDADOR FORMAL NO PROFESIONAL(*)	

(*) En este caso se recomienda añadir este texto al final del descriptor. Es decir: PROBLEMA INTERPERSON CON NO FAMILIARES NC. CUIDADOR FORMAL NO PROFESIONAL

Para registrar los problemas de cuidados se dispone en AP Madrid, de dos planes de cuidados estandarizados a nivel de Comunidad, para los diagnósticos de Cansancio del rol del cuidador y Riesgo de cansancio del rol del cuidador. Estos planes incluyen los criterios de resultados, indicadores, intervenciones y actividades recogidos en este documento.

7. INDICADORES DE EVALUACIÓN

- Proporción de personas mayores de 45 años a las que se les pregunta si son cuidadoras:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de personas } > 45 \text{ años a las que se pregunta si son cuidadoras} \times 100}{\text{Total de personas mayores de 45 años}}$$

- Número de personas cuidadoras incluidas en el servicio en relación al número estimado de personas dependientes:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de personas cuidadoras incluidas en el servicio}}{N^{\circ} \text{ de personas dependientes}^*}$$

* N° de personas dependientes: $(1,1\% \times \text{población de 6 a 44 años}) + (3,5\% \times \text{población de 45 a 64 años}) + (11,7\% \times \text{pob 65 a 79 años}) + (29,9\% \times \text{pob } > 80 \text{ años})$. No se incluyen en este cálculo los niños no dependientes y los dependientes no institucionalizados.

- Proporción de personas cuidadoras a las que se les ha realizado la escala de Zarit reducida:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de personas cuidadoras a las que se les ha realizado la escala de Zarit reducida} \times 100}{N^{\circ} \text{ de personas cuidadoras identificadas}}$$

- Proporción de personas cuidadoras que presentan escala de Zarit reducido mayor o igual de 17 (con sobrecarga):

$$\frac{N^{\circ} \text{ de personas cuidadoras con escala de Zarit reducida } \geq 17 \times 100}{\text{Total de personas cuidadoras a las que se les ha aplicado este test}}$$

- Proporción de personas cuidadoras con sobrecarga (escala de Zarit reducida $\geq$ de 17) a las que se aplica el Índice de esfuerzo del cuidador:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de personas cuidadoras con sobrecarga a las que se les aplica el Índice de esfuerzo de cuidador} \times 100}{N^{\circ} \text{ de personas con sobrecarga}}$$

- Proporción de personas cuidadoras a las que se les realiza la valoración enfermera por patrones funcionales de salud:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de personas cuidadoras a las que se aplica valoración enfermera por patrones funcionales} \times 100}{N^{\circ} \text{ de personas cuidadoras identificadas}}$$

- Proporción de personas cuidadoras a las que se les ha realizado una valoración en consulta de trabajo social:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de personas cuidadoras a las que se les ha realizado una valoración social} \times 100}{N^{\circ} \text{ de personas cuidadoras identificadas}}$$

- Proporción de personas cuidadoras a las que se les realiza una valoración en consulta de fisioterapia:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de personas cuidadoras a las que se les ha realizado una valoración por un fisioterapeuta} \times 100}{N^{\circ} \text{ de personas cuidadoras identificadas.}}$$

- Proporción de personas cuidadoras con diagnóstico de enfermería relacionado con el rol de cuidador (riesgo de cansancio y cansancio del rol de cuidador):

$$\frac{N^{\circ} \text{ de personas cuidadoras con diagnóstico de riesgo de cansancio o cansancio del rol} \times 100}{N^{\circ} \text{ de personas cuidadoras identificadas}}$$

- Proporción de personas que requieren recursos sociales externos (teleasistencia, respiro familiar, centro de día, ayuda a domicilio, etc..) del total de cuidadoras identificadas:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de personas cuidadoras que requieren recursos sociales externos} \times 100}{N^{\circ} \text{ de personas cuidadoras identificadas.}}$$

- Proporción de personas cuidadoras entre las identificadas con las que se ha realizado alguna intervención de promoción de la salud y prevención:

$$\frac{N^{\circ} \text{ de personas cuidadoras que participan en actividades de promoción de la salud y prevención} \times 100}{N^{\circ} \text{ de personas cuidadoras identificadas}}$$

- Proporción de personas cuidadoras con un plan de cuidados enfermeros entre los que tienen realizado un diagnóstico de enfermería relacionado con el rol:

$$\frac{\text{Nº de personas cuidadoras con plan de cuidados realizado} \times 100}{\text{Nº de personas con diagnóstico de enfermería relacionado con el rol de cuidar}}$$

- Proporción de personas cuidadoras que presenta algún problema de salud relacionado con el rol de cuidar sobre la que se ha realizado alguna intervención terapéutica:

$$\frac{\text{Nº de personas cuidadoras con problemas de salud debido a su rol, que ha recibido alguna intervención terapéutica} \times 100}{\text{Nº de personas cuidadoras que presentan algún problema de salud}}$$

- Proporción de personas cuidadoras sin sobrecarga (Zarit < de 17) reevaluados al año de la evaluación previa:

$$\frac{\text{Nº de personas cuidadoras sin sobrecarga (Zarit < 17) que han sido reevaluadas}}{\text{Nº de personas cuidadoras sin sobrecarga identificadas en el año anterior}}$$

8. RECURSOS

Las personas cuidadoras pueden ser subsidiarias de recibir apoyos, bien por recursos dirigidos hacia la persona cuidada, bien de recursos dirigidos a ellas o a la población en general (una línea más preventiva o reparadora).

Se presenta una relación de posibles recursos, sabiendo que las realidades de las distintas entidades son, en algunos casos, específicas y cambiantes.

- **Servicios de promoción y prevención de la autonomía personal:**
 - *Hogares/Centros de Mayores.*
 - *Comedores.*
 - *Balnearios.*
 - *Actividades de ocio/educativas.*
 - *Programas específicos de carácter preventivo dirigidos a personas mayores con discapacidad y a quienes se ven hospitalizados por procesos de hospitalización complejos.*
- **Servicios de atención a la dependencia:**
 - *Teleasistencia.*
 - *Ayuda a domicilio.*
 - *Centro de día.*
 - *Comida a domicilio.*
 - *Lavandería a domicilio.*
 - *Material de apoyo (camas articuladas, grúas, etc.).*
 - *Centros residenciales (residencia definitiva, residencias temporales, pisos tutelados).*
- **Prestaciones económicas por la atención a la dependencia:**
 - *Vinculada al servicio.*
 - *Por cuidador en el entorno familiar.*
 - *De asistencia personal.*

Instituciones y otras entidades que facilitan los recursos.

- **Ayuntamientos**

- *Los diferentes Centros de Servicios Sociales, según el domicilio de la persona.*
- *Teléfono 010*

Facilita información sobre los diferentes Centros de Servicios Sociales Municipales, en función del domicilio de la persona interesada.

- **Comunidad de Madrid**

- *Disponibilidad y apoyo de los profesionales sociosanitarios de su propio Centro de Salud.*
- *Asociaciones de Pacientes y Grupos de Ayuda Mutua.*

A través del siguiente enlace se puede acceder al buscador que permite conocer los datos precisos para contactar con una determinada asociación y los servicios que presta: ([Ayuda Mutua y Salud](#))

- *Teléfono 012*

Ofrece información general sobre recursos y procesos de prestaciones de la Comunidad de Madrid (ley de dependencia, convocatorias de ayudas, termalismo social, etc.).

- *Oficina de Información al Mayor: ([Portal del Mayor Comunidad de Madrid](#))*
- *Punto de Información y Atención al Ciudadano de la Consejera de Asuntos Sociales. Atención personalizada y registro de documentos ([Atención al ciudadano](#))*
- *Dirección General de Coordinación de la Dependencia.: ([Atención a la dependencia](#))*

- **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.**

- *Asociaciones de enfermos y familiares: ([M. de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad](#)).*
- *Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). ([Viajes y Termalismo social](#)):*
- *Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas.*

Ofrece asesoramiento y dispone de [catálogo](#) de productos de apoyo.

9. GLOSARIO

- **Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)**

Son aquellas tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas⁸.

- **Claudicación familiar**

La claudicación se define como la incapacidad de los miembros para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del paciente⁵⁷.

- **Cuidado Informal**

Es, en un nivel más general y propio, el que se presta por parientes, amigos o vecinos. Este conjunto difuso de redes suele caracterizarse por su reducido tamaño, por existir afectividad en la relación y por realizar el cuidado no de manera ocasional, sino mediante un compromiso de cierta permanencia o duración³.

Es aquella prestación de cuidados a personas dependientes (personas mayores, enfermos/as crónicos discapacitados, etc) por parte de la familia, los amigos/as, vecinos/as u otras personas que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen⁵⁸.

- **Cuidador/a formal no profesional**

Persona que, sin formación específica en cuidado, recibe remuneración económica por cuidar de una persona dependiente¹⁷.

Toda persona que cuida en forma directa a personas dependientes, en diversos ámbitos y sin capacitación específica, que recibe una paga o beneficio pecuniario por su trabajo⁵³.

- **Cuidador/a informal**

Es aquella persona proveniente del círculo familiar o próximo que, sin remuneración, asume el cuidado de la persona dependiente y constituye con ella una relación de dependencia⁵⁹.

- **Cuidador/a principal**

Persona que más tiempo dedica a proveer los cuidados que precisa su familiar⁶⁰.

Es aquella persona sobre la que recae la mayor responsabilidad del cuidado. Proporciona la mayor parte de la asistencia y apoyo diario a quien padece la enfermedad y también la que le permite seguir viviendo en su entorno. Por lo general se le hace difícil delegar parte de este trabajo y crea una fuerte dependencia hacia la persona cuidada⁵⁷.

- **Cuidados no profesionales**

La atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención personalizada⁸.

- **Cuidados profesionales**

Los prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro⁸.

- **Dependencia**

El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal⁸.

Estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y /o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria⁵⁹.

- **Educación para la salud**

Comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad⁴⁴.

Aborda además de la transmisión de información, el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. Incluye no sólo la formación relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, así como el uso del sistema de asistencia sanitaria⁴⁴.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística. Panorámica de la discapacidad en España. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia. 2008. Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadística. Cifras INE [serie en internet]. Octubre 2009 [citado en enero 2013]. Disponible en: [INE](#)
2. Abellán A, Esparza C, Castejón P, Pérez J. Epidemiología de la discapacidad y la dependencia de la vejez en España. Gac Sanit. 2011;25 (S):5-11
3. Cobo Gálvez P. (Coor). Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad. IMSERSO; 2004. Disponible en: [IMSERSO](#)
4. Zunzunegui MV. Evolución de la discapacidad y dependencia. Una mirada internacional. Gac Sanit. 2011;25 (S):12-20
5. Vilaplana Prieto C, Jiménez-Martín S, García Gómez P. Trade-off entre cuidados formales e informales en Europa. Gac Sanit. 2011;25 (S):115-124
6. Mar J, Arróspide A, Begiristain JM, Larrañaga I, Sanz-Guinea A, Quemada I. Calidad de vida y sobrecarga de los cuidadores de pacientes con daño cerebral adquirido. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011; 46(4):200-205.
7. Rogero García J. Los tiempos del cuidado. Impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Secretaría General de Política Social y Consumo. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. 2010.
8. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE 15 de Diciembre de 2006.
9. Díaz Gorfinkial M, Orozco AP. La organización social de los cuidados y vulneración de derechos en España. ONU Mujeres. [Monografía en internet] Republica Dominicana 2011. Actualizado octubre 2011. Disponible en: ([Monografía](#))
10. Covas S, Maravall J, Bonino L. Los hombres y el cuidado de la salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
11. Francisco del Rey JC, Mazarrasa Alvear L. Cuidados informales y autocuidados. En: Martínez Riera JR, del Pino Casado R, editors. Enfermería en atención primaria Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2006. p. 709-745.
12. Saiz GM, Bordallo JR, García JN. El cuidador como paciente. Form Med Contin Aten Prim 2008; 15(7):418-26.

13. Oliva J, Villaplana C, Osuna R. El valor social de los cuidados informales provistos a personas mayores en situación de dependencia en España. *Gac. Sanit.* 2011;25(S):108-114
14. García Calvente MM, Mateo Rodriguez I, Maroto Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit* 2004; 18(supl 2):83-92.
15. Moreno Gaviño L, Bernabeu Wittel M, Álvarez Tello M, Rincón Gómez M, Bohorquez Colombo P, et al. Sobrecarga sentida por la figura del cuidador principal en una cohorte de pacientes pluripatológicos. *Aten Primaria* 2008;40(4):193-8.
16. García Calvente MM, del Rio Lozano M, Marcos Marcos J. Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gac. Sanit.* 2011; 25(S):100-107
17. Gallart Fernández-Puebla A. Factores de riesgo del cansancio en el cuidador formal no profesional inmigrante en Barcelona. *Rev Adm Sanit.* 2004;2 (2):299-316.
18. Quiñoz Gallardo MD. Could produce the immigrant caregiving an intercultural change?. *Index Enferm* [revista en Internet]. 2010 Sep [citado 2013 Mayo 22] ; 19(2-3): 93-96. Disponible en: [Scielo](#)
19. Sala Mozos E. La calidad de Vida de las cuidadoras informales: Bases para un sistema de valoración. Madrid: Secretaría de Estado de Seguridad Social. Ministerio de trabajo e Inmigración; 2009.
20. Larrañaga I, Martin U, Bacigalupe A, Beguiristáin JM, Valderrama MJ, Arregi B. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gac Sanit.* 2008;22(5):433-50
21. Crespo López M, López Martinez J. Estrés y estado emocional en cuidadores de familiares mayores con y sin demencia. *Rev Esp Geriatr y Gerontol.* 2005; 40 (Supl 3):55-61
22. Pinedo S, Miranda M, Suárez A, García Ortiz MM, Quirós M, Herrero AM. Sobrecarga del cuidador informal del paciente con ictus a largo plazo. *Rehabilitación* 2010;44(4):345-350.
23. Álvarez Tello M, Casado Mejía R, Ortega Calvo M. Ruiz Arias E. Sobrecarga sentida en personas cuidadoras informales de pacientes pluripatológicos en una zona urbana. *Enferm Clin.* 2012;22(6):286-292
24. Domínguez JA, Ruíz M, Gómez I, Gallego E, Valero J, Izquierdo MT. Ansiedad y depresión en cuidadores de pacientes dependientes. *Semergen* 2012; 38 (1):16-23

25. Crespo López M, López Martínez J. El apoyo a los cuidadores familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Como mantener su bienestar". Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios sociales Familias y discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2007
26. Zabalegui A, Navarro M, Cabrera E, Gallart A, Bardallo D, Rodríguez E et al. Eficacia de las intervenciones dirigidas a cuidadores principales de personas dependientes mayores de 65 años. Una revisión sistemática. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008;43(3):157-66
27. García Calvente MM, del Rio Lozano M, Castaño López E, Mateo Rodriguez I, Maroto Navarro G, Hidalgo Ruzzante N. Análisis de género de las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal. Gac Sanit. 2010;24(4):293-302
28. Pereda C, de Prada MA, Actis W. El cuidado de las personas mayores dependientes realizado por ciudadanos inmigrantes en la Comunidad de Madrid. En: Instituto de Mayores y Asuntos Sociales. "Cuidado de la Dependencia e Inmigración". Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad; 2005.
29. Casado Mejía R, Ruiz Arias E, Solano Parés A. El cuidado familiar prestado por mujeres inmigrantes y su repercusión en la calidad de vida del cuidado y en la salud. Gac Sanit. 2012;26(6):547-553.
30. Rodríguez García MJ. Atención a cuidadores de personas dependientes. En: Nieto García E, González Pisano AC, Díaz González M. Actualización de conocimientos en Enfermería familiar y comunitaria: cuidados a adulto y anciano (Módulo II). 1ª Edición. Madrid: FAECAP; 2011. p. 553-585
31. García MC, Juárez MI. Atendiendo al cuidador. AMF 2011; 7(4): 192-199.
32. Regueiro Martínez AÁ, Pérez-Vázquez A, Gómara Villabona SM; Ferreiro Cruz MC. Escala de Zarit reducida para la sobrecarga del cuidador en atención primaria. Aten Primaria. 2007; 39(4):185-8.
33. López Alonso SR, Moral Serrano MS. Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la Población Española. Enferm Comun 2005; 1(1):12-17. Disponible en: [Enfermería Comunitaria](#)
34. Odriozola Gojenola M, Vita Garay A, Maiz Alkorta B, Zialtzeta Aduriz L, Bengoetxea Gallastegi L. Índice de Esfuerzo del Cuidador: test diagnóstico de sobrecarga en cuidadores de enfermos con demencia. Semergen 2008;34(9):435-8

35. Gordon M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. 3ª ed. Madrid: Mosby/Doyma; 1996.
36. Escobar C, Andres T, Sanchez G, Perfiles profesionales del trabajador social en el marco del capitalismo actual. En: Ituarte A. Perfil profesional y competencias del trabajo social en el campo de la salud. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2004. p. 80-89.
37. Ituarte Tellaeche A. El papel del trabajador social en el campo sanitario. Revista de Trabajo Social y salud 1995; (21): 275-290
38. Grupo de trabajo para la normalización de los registros en la historia clínica electrónica de las unidades de Trabajo Social. Protocolo de registro de Atención Social en AP_Madrid. Madrid: Gerencia de Atención Primaria, Dirección Técnica de Sistemas de Información; 2013.
39. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA-I.) Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones 2009–2011. Madrid: Elsevier España SA; 2010.
40. Fombuena J. ¿Quién es el otro del trabajo social? Alteralidad y trabajo social. Revista Portularia 2011;XI(2):61-68
41. Programa CuidArte [página en Internet] Instituto Aragonés de Servicios Sociales [actualizado 17 noviembre 2010; citado diciembre 2012]. Disponible en: <http://iass.aragon.es/>
42. Capdevila Segura P, Carcedo García MJ, García Esteve L, Cunillera Batlle M, Galindo Agorreta R. Tareas de cuidar, análisis de sobrecarga y factores asociados. Trab Soc Salud. 2011(70):73-99
43. Torres MT, Sánchez C. Problemas sociosanitarios de equipos de atención primaria. Análisis 1996-2006. Revista trabajo social y salud 2010; (65): 224-255.
44. Ministerio de Sanidad y Consumo (Organización Mundial de la Salud). Promoción de la Salud. Glosario. Madrid: Secretaría General Técnica. . Ministerio Educación y Consumo; 1999.
45. Restrepo H, Málaga H. Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2001.
46. Rodríguez Martos A. Efectividad de las técnicas de consejo breve. Adicciones 2002;14(Supl 1):337-351. Disponible en: <http://www.adicciones.es/files/rguez-martos.23.pdf>
47. Grandes G, Sánchez A, Cortada J M, Calderón C, Balague L, Millán E y col. Estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludables en Atención Primaria de Salud.

Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento Sanidad. Gobierno Vasco, 2008. Informe Osteba D-08-07. Disponible en:

http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/d_08_07_estilos_vida.pdf

48. Estrada Ballesteros C, Domínguez Bidagor J. Guía para la utilización del Vídeo de apoyo a la formación de profesionales sanitarios. Metodología del Consejo sobre estilos de vida Saludable. Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. DGAP. Madrid 2012. Disponible en: [Consejo clínico](#)
49. Miller WR, Rollnick S. La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Barcelona: Ed Paidós; 2003.
50. Nuño Gutierrez M. Comunicación terapéutica. En: Nieto García E, González Pisano AC, Díaz González M. Actualización de conocimientos en Enfermería familiar y comunitaria: metodología, competencias clínicas generales, cuidados al niño y al adolescente. (Módulo I). 1ª Edición. Madrid: FAECAP; 2011.p. 77-101
51. Garrido Barral A, Martín Martín C. Atención al Cuidador y a la familia. En: Grupo de Trabajo de Demencias de la semFYC. Demencias desde la Atención Primaria. Barcelona: Semfyc ediciones; 2005. P 145-160
52. Aguiló E. Trabajo grupal con cuidadores en AP. Una propuesta desde la metodología de los Procesos Correctores Comunitarios. Revista Comunidad 2008 [citada en enero 2013];(10):[7p]. Disponible en:
www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/10/experiencias-1.pdf
53. Aparicio García ME. [directora]. La salud física y psicológica de las personas cuidadoras: comparación entre cuidadores formales e informales [monografía en internet]. Madrid: Ministerio de Trabajo y asuntos sociales; 2008 [citado en abril 2013]. Disponible en:
http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/idi24_07salud_fisica.pdf.
54. Bulechek GM, Butcher HK. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier España SA; 2009.
55. Moorhead S, Johnson M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ªed. Barcelona: Elsevier España SA; 2009
56. Mondragón J. Manual de prácticas de trabajo social en el campo de la salud. Madrid: Siglo XXI; 1999.
57. Sociedad española de cuidados paliativos. Cuidados paliativos: recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 1993. Disponible en: bioética en la red. ([SECPAL](#))

58. Servicio Canario de Salud. Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria. Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias. 2002. Disponible en: [Servicio Canario de Salud](#)
59. Consejo de Europa. Recomendación nº (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia (Sep 18, 1998).
60. Lawton MP, Kleban MH, Moss M, Rovine M, Glicksman A. Measuring caregiving appraisal. J Gerontol. 1989;46:61-71.

11. ANEXOS

ANEXO 1. ESCALA DE ZARIT REDUCIDA. INDICE DE ESFUERZO DEL CUIDADOR

ANEXO 2. FLUJOGRAMA DE CAPTACIÓN DE PERSONAS CUIDADORAS DE PERSONAS DEPENDIENTES

ANEXO 3. VALORACIÓN DE LOS CUIDADOS QUE PRESTA LA CUIDADORA, SEGÚN LAS NECESIDADES DE LA PERSONA CUIDADA

ANEXO 4. CONSEJO BREVE Y ENTREVISTA MOTIVACIONAL

ANEXO 5. FOLLETO: INFORMACIÓN SOBRE ASOCIACIONES DE PACIENTES Y GRUPOS DE AYUDA MUTUA

ANEXO 6. CONTENIDOS PARA PROMOCIONAR LA SALUD Y PREVENIR LOS PROBLEMAS DE SALUD DERIVADOS DE CUIDAR

ANEXO 7. MOVILIZACIÓN Y TRANSFERENCIA DE LA PERSONA DEPENDIENTE CON DIFICULTADES DE MOVILIDAD

ANEXO 8. VALORACIÓN E INTERVENCIÓN EN CONSULTA DE FISIOTERAPIA. TEST DE OSWESTRY

ANEXO 9. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO: CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR (o RIESGO)

ANEXO 1. ESCALA DE ZARIT REDUCIDA. INDICE DE ESFUERZO DEL CUIDADOR.

ESCALA DE ZARIT REDUCIDA:

1. *¿Siente usted que a causa del tiempo que dedica a su familiar/paciente, ya no tiene tiempo suficiente para usted misma(o)?*
2. *¿Se siente estresada(o) al tener que atender a su familiar/paciente y tener además que atender a otras responsabilidades?*
3. *¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de su familia de forma negativa?*
4. *¿Se siente agotada/o cuando tiene que estar junto a su familiar/paciente?*
5. *¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?*
6. *¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?*
7. *En general, ¿se siente muy sobrecargada/o al tener que cuidar de su familiar/paciente?*

Valoración escala Zarit

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

El punto de corte está establecido en una puntuación mayor o igual de 17 puntos, que indicaría claudicación familiar (pero no puede diferenciar respecto a la intensidad de la sobrecarga).

INDICE DE ESFUERZO DEL CUIDADOR[†]:

Población diana: Población cuidadora de personas dependientes en general. Se trata de una **entrevista semiestructurada** que consta de 13 ítems con respuesta dicotómica Verdadero/Falso. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. Una puntuación total de 7 o más sugiere un nivel elevado de esfuerzo.

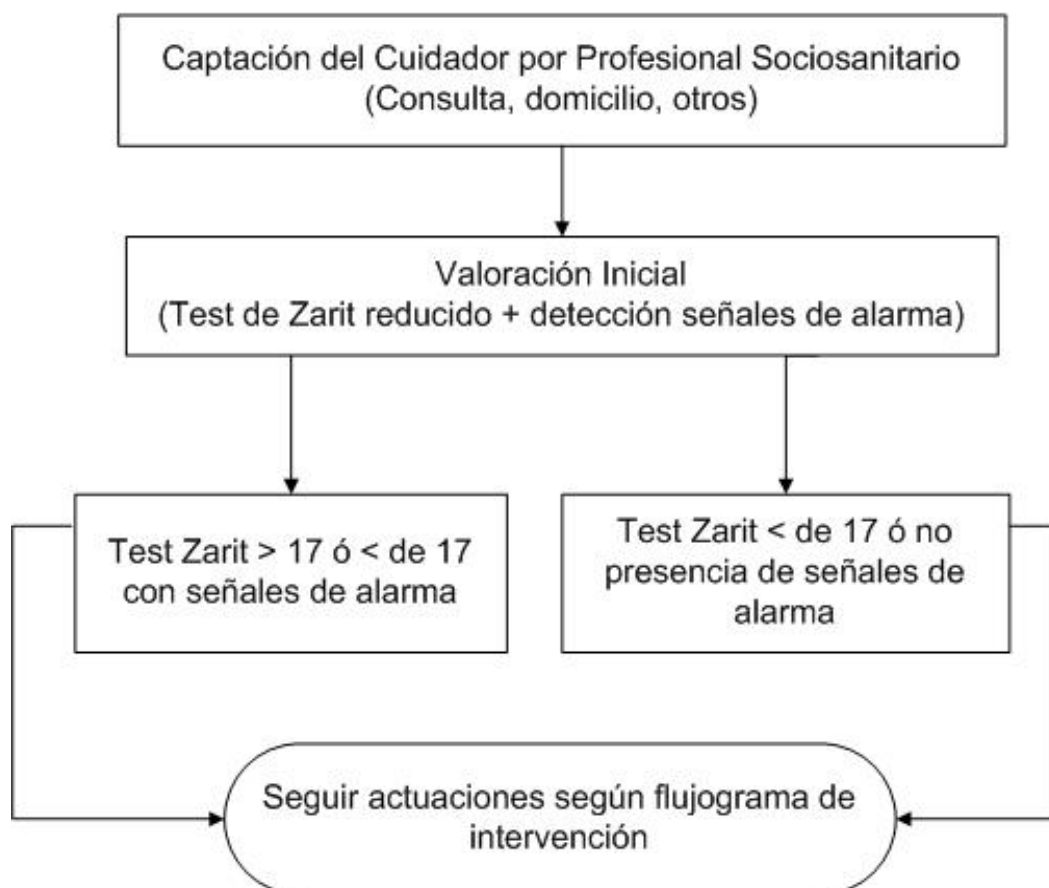
Instrucciones para el profesional: "Voy a leer una lista de cosas que han sido problemáticas para otras personas al atender a pacientes que cuidan a enfermos durante mucho tiempo. ¿Puede decirme si alguna de ellas se puede aplicar a su caso? (aporte ejemplos).

1. Tiene trastornos de sueño (Ej. porque el paciente se acuesta y se levanta o pasea por la casa de noche)	SI	NO
2. Es un inconveniente (Ej. porque la ayuda consume mucho tiempo o se tarda mucho en proporcionar).	SI	NO
3. Representa un esfuerzo físico (Ej. hay que sentarlo, levantarlo de una silla).	SI	NO
4. Supone una restricción (Ej. porque ayudar limita el tiempo libre o no puede hacer visitas).	SI	NO
5. Ha habido modificaciones en la familia (Ej. porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad)	SI	NO
6. Ha habido cambios en los planes personales (Ej. se tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones)	SI	NO
7. Ha habido otras exigencias de mi tiempo (Ej. por parte de otros miembros de la familia)	SI	NO
8. Ha habido cambios emocionales (Ej. causa de fuertes discusiones)	SI	NO
9. Algunos comportamientos son molestos (Ej. la incontinencia, al paciente le cuesta recordar las cosas, el paciente acusa a los demás de quitarle las cosas)	SI	NO
10. Es molesto darse cuenta de que el paciente ha cambiado tanto comparado con antes (Ej. es un persona diferente de antes).	SI	NO
11. Ha habido modificaciones en el trabajo (Ej. a causa de la necesidad de reservarse tiempo para la ayuda)	SI	NO
12. Es una carga económica	SI	NO
13. Nos ha desbordado totalmente (Ej. por la preocupación acerca de persona cuidada o preocupaciones sobre cómo continuar el tratamiento).	SI	NO
PUNTUACIÓN TOTAL		

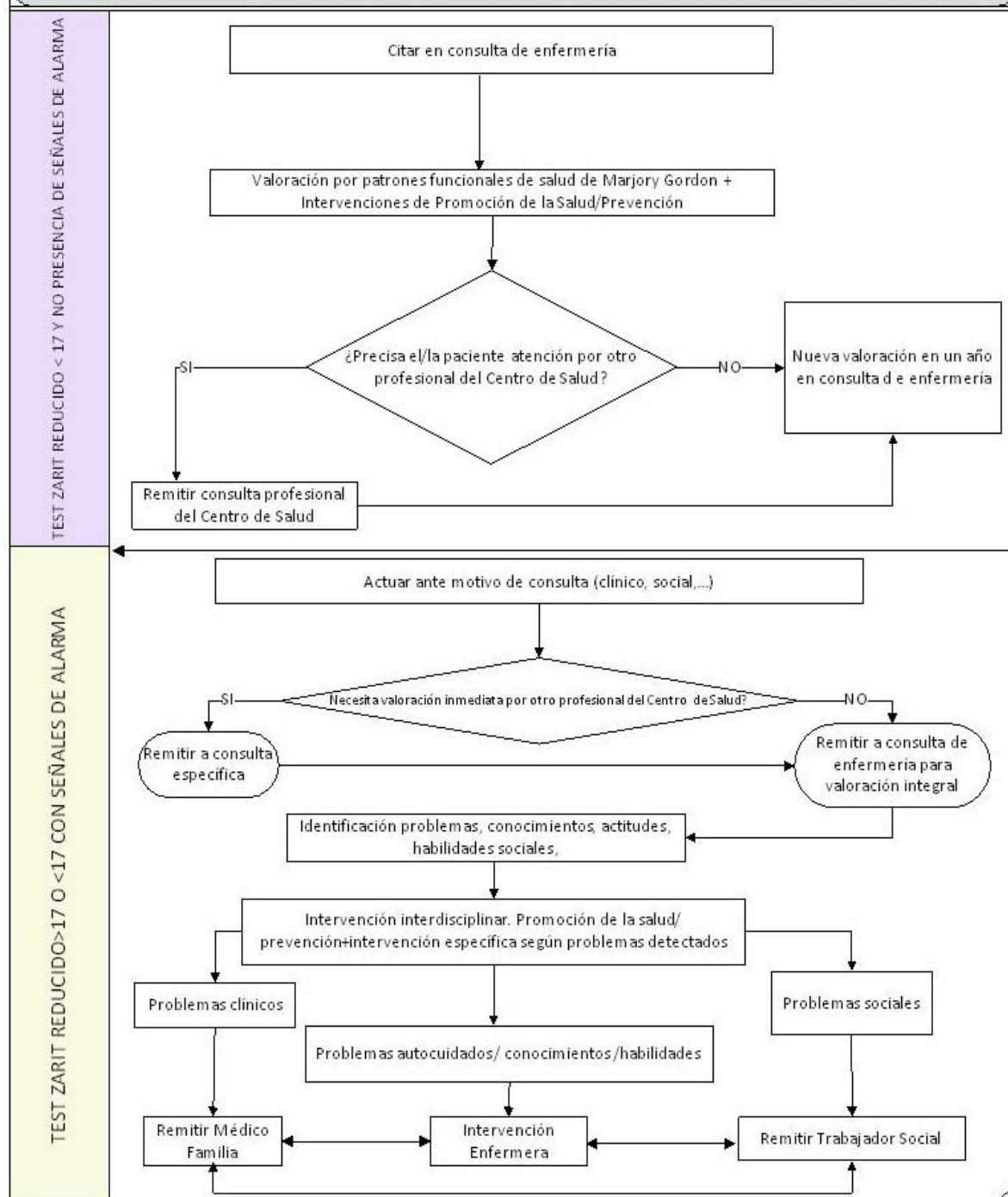
[†] http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT8_EsfuerzoCuidador_ICS.pdf

ANEXO 2. FLUJOGRAMA DE CAPTACIÓN DE PERSONAS CUIDADORAS DE PERSONAS DEPENDIENTES.

FLUJOGRAMA CAPTACION DEL CUIDADOR



FLUJOGRAMA DE INTERVENCION DE PERSONAS CUIDADORAS DE PERSONAS DEPENDIENTES



ANEXO 3. VALORACIÓN DE LOS CUIDADOS QUE PRESTA LA CUIDADORA, SEGÚN LAS NECESIDADES DE LA PERSONA CUIDADA.

PATRONES FUNCIONALES

❖ Patrón percepción de la salud

➤ Vestirse y desvestirse:

- o Le ayuda a escoger la ropa y el calzado
- o Le ayuda a vestirse y desvestirse
- o Le viste y le desnuda.

➤ Higiene:

- o Supervisa la higiene corporal del enfermo
- o Supervisa la higiene del hogar
- o Le ayuda en su higiene.
- o Le realiza la higiene corporal completa

➤ Evitar peligros:

- o Adecua las condiciones del hogar
- o Le vigila para que no se accidente.
- o Supervisa la autoadministración de medicamentos.
- o Le administra la medicación.

➤ Aprender:

- o Le proporciona recursos para poder aprender.
- o Le enseña cómo mejorar su salud y bienestar
- o Le enseña el manejo de su enfermedad.

❖ Patrón nutricional metabólico

➤ Nutrición:

- o Le compra los alimentos.
- o Le cocina los alimentos.
- o Le prepara una dieta especial.
- o Le da la comida
- o Le alimenta por sonda

➤ Protección de la piel:

- o Le previene las lesiones de la piel.
 - o Le practica cambios posturales.
 - o Le cura las lesiones de la piel
- ❖ Patrón eliminación
 - Le acompaña al lavabo
 - Le pone la cuña
 - Le cambia los absorbentes
 - Le administra tratamiento para regular el tránsito intestinal.
- ❖ Patrón actividad- ejercicio.
 - Oxigenación:
 - o Le ayuda y/o practica fisioterapia respiratoria
 - o Le administra tratamiento: aerosoles, oxígeno, inhaladores, etc....
 - Movimiento:
 - o Le ayuda a levantarse, acostarse, mantenerse de pie, sentarse
 - o Le ayuda a mantener diversas posiciones del cuerpo
 - o Le acompaña a los servicios sanitarios.
 - o Le ayuda a deambular por la casa, o a trasladarle de la cama al sillón.
 - Recreación:
 - o Le acompaña a pasear.
 - o Le proporciona entretenimiento.
 - o Le facilita poder realizar sus aficiones.
- ❖ Patrón Sueño/descanso
 - Le vigila en sus horas de descanso.
- ❖ Patrón Cognitivo/ perceptivo
 - Toma decisiones por el enfermo.
- ❖ Patrón Rol/ relaciones
 - Hace de intermediario entre enfermo y sanitario.
 - Le hace compañía (acompañamiento y apoyo emocional)
 - Es el depositario de las inquietudes del enfermo
 - Utiliza la comunicación no verbal con el enfermo

ANEXO 4. CONSEJO BREVE Y ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La metodología del Consejo individual sistematizado: consta de 4 pasos consecutivos¹⁻³:

1. **Enunciar, preguntar y registrar:** Este paso facilita la contextualización del consejo en el motivo de consulta o bien en el afrontamiento de los problemas de salud actuales o potenciales, derivados de su rol de cuidador.
2. **Aconsejar:** Para que un consejo resulte efectivo son factores fundamentales la empatía y las habilidades de comunicación. Antes de aconsejar se valorarán las circunstancias personales, del entorno y la motivación para introducir cambios, cuando sean necesarios. Tras esta valoración, se ofrecen alternativas saludables para la toma de decisiones, facilitando información rigurosa y orientando las propuestas de cambio. Finalmente, se comprueba que la persona cuidadora ha entendido el mensaje y la valoración que hace sobre la posibilidad de adoptar o no el cambio propuesto.
3. **Aportar documentación:** el consejo realizado en el paso anterior se ve reforzado cuando se proporciona documentación escrita (Hoja resumen con el mensaje fundamental o folletos, etc..) porque ayuda a reflexionar y mejorar el recuerdo de la persona cuidadora sobre las opciones de conducta y la mejor manera de adoptar los cambios deseados.
4. **Ofrecer ayuda:** el ofrecimiento de ayuda profesional, seguimiento y acompañamiento en los cambios sirven de refuerzo para impulsarlos y/o mantenerlos en el tiempo.

Principios clínicos de la entrevista motivacional ^{2,3}:

1. **PRINCIPIO 1. Expresar empatía:** mediante una escucha reflexiva y una actitud de respeto los profesionales intentan comprender los sentimientos y perspectivas de las personas cuidadoras sin juzgar, criticar o culpabilizar, Es importante aceptar a las personas tal como son, pero esto no significa estar de acuerdo con su perspectiva ni aceptar su conducta.

RESUMEN:

Una escucha reflexiva adecuada es fundamental

La aceptación de las personas tal como son facilita el cambio

2. **PRINCIPIO 2. Crear una discrepancia:** Muchas personas cuidadoras perciben alguna discrepancia entre lo que hacen y lo que les gustaría hacer y/o presentan sentimientos de ambivalencia en relación con la persona que cuidan. Es preciso clarificar los objetivos que se quieren lograr y analizar las probables consecuencias de su conducta, así como trabajar las emociones que de ello se derivan. La entrevista motivacional trata de usar y amplificar esta discrepancia desde dentro más que buscar estímulos externos, por lo tanto la intervención profesional debe ser sutil, casi subliminal.

RESUMEN:

Es normal encontrar ambivalencias en las personas cuidadoras.

Tomar conciencia de la discrepancia entre la conducta y los objetivos motivará el cambio.

Es importante reflexionar sobre las consecuencias de las propias acciones.

3. **PRINCIPIO 3. Evitar la discusión y la persuasión directa.** La confrontación directa por parte del profesional, provoca oposición y actitud defensiva por parte de la persona cuidadora. La aparición de resistencia es una señal que indica que el terapeuta debe cambiar las estrategias que se han estado utilizando. La utilización de "etiquetas diagnósticas" es una causa frecuente de resistencias. La persona cuidadora debe identificar sus propias razones para cambiar

RESUMEN:

La defensa de un argumento por el profesional provoca actitudes defensivas

Las discusiones son contraproducentes

La resistencia predice el fracaso

4. **PRINCIPIO 4. Darle un giro a la resistencia,** implica ofrecer nuevas perspectivas que permitan al paciente cambiar su percepción. Para ello se pueden modificar levemente las razones del paciente invitándole a reflexionar sobre la nueva información. El profesional no aporta soluciones sino que genera preguntas y contribuye a identificar problemas. Es importante recordar que en la entrevista motivacional, el profesional no impone sus puntos de vista y que el paciente tiene un papel activo en la solución de sus problemas.

RESUMEN:

Las percepciones se pueden cambiar sin discutir.

Los nuevos puntos de vista se sugieren, no se imponen.

La experiencia de la persona cuidadora es fundamental para encontrar soluciones a los problemas.

5. **PRINCIPIO 5. Fomentar la autoeficacia.** La autoeficacia es un instrumento de gran interés en la motivación para el cambio. Confiar en la propia capacidad para el cambio es un factor de motivación importante. En la entrevista motivacional es tarea del profesional aumentar las percepciones de los pacientes sobre su capacidad para afrontar los problemas y tener éxito en el cambio. Las propias expectativas del profesional pueden influir también en el resultado. Cuando las personas no tienen confianza en lograr un cambio no harán ningún esfuerzo para conseguirlo. Se puede potenciar la autoeficacia haciendo énfasis en la responsabilidad

personal, reforzando las conductas mediante el reconocimiento de los logros conseguidos y fomentar la sensación de control sobre su propia conducta.

RESUMEN:

Creer en las propias capacidades es factor motivacional importante.

La responsabilidad de elegir y ejecutar el cambio que quiere hacer, depende de la persona cuidadora.

Expresar el reconocimiento por los logros mejora la autoconfianza.

Bibliografía

1. Estrada Ballesteros, C., Domínguez Bidagor, J. Guía para la utilización del Vídeo de apoyo a la formación de profesionales sanitarios. Metodología del Consejo sobre estilos de vida Saludable. Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención. DGAP. Madrid 2012. Accesible en: [guía metodológica](#)
2. William R. Miller, Stephen Rollnick. La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Ed; Paidós. Barcelona 2003.
3. Mercedes Nuño Gutiérrez. Comunicación terapéutica. En: Federación de Asociaciones de enfermería comunitaria y Atención Primaria ed. Nieto García Esther, González Pisano Ana Covadonga, Díaz González Marisol ed. Actualización de Conocimientos en enfermería Familiar y Comunitaria: Metodología, Competencias Clínicas Generales, Cuidados al Niño. Madrid 2011. p. 77-101

ANEXO 5. FOLLETO.**Información sobre Asociaciones de Pacientes y Grupos de Ayuda Mutua****¿Qué es la ayuda mutua?**

La ayuda mutua es un proceso protagonizado por la población que se reúne en grupos o asociaciones para apoyarse entre sí. Cuando aparece algún problema de salud, todas las personas, adoptan diferentes e insustituibles formas de autoatención y ayuda entre iguales, entre personas de la familia, amigos, compañeros y con frecuencia se dirigen a las Asociaciones de Pacientes.

¿Quiénes participan en las Asociaciones de Pacientes?

Los grupos de ayuda mutua y asociaciones de pacientes están constituidos por pacientes y a veces también por familiares de estos, es decir por personas que tienen un problema de salud similar y se ven afectados por él de manera directa o indirecta. Suelen reunirse de forma periódica y voluntaria y organizan distinto tipo de actividades y servicios que contribuyen a la mejora de la salud y calidad de vida de las personas afectadas. En muchas ocasiones cuentan con apoyo profesional especializado.

Se trata de acciones complementarias de la atención a la salud prestada en los centros sanitarios y constituyen todo un potencial de promoción de la salud y de prevención que es preciso apoyar e incentivar.

Cada vez son más las personas que se asocian en grupos de ayuda mutua y asociaciones de pacientes. En caso de vivir/convivir con una enfermedad crónica o incapacitante o si alguien del entorno familiar se encuentra en esa circunstancia, sean jóvenes, adultos o ancianos, es útil conocer, contactar o formar parte de un Grupo de Ayuda Mutua o Asociación de Pacientes. Esta información también es muy valiosa para las personas que desempeñen algún tipo de tarea cuidadora de pacientes crónicos.

Las enfermedades crónicas e incapacitantes, en ocasiones requieren esfuerzos para el mantenimiento de los tratamientos que los afectados o sus familias no pueden realizar sin apoyo social y psicológico.

El aislamiento social que sufren algunas personas que padecen enfermedades de larga duración, es contrario a su mejoría y al incremento de su calidad de vida.

Las personas que sufren los mismos problemas, carencias y marginación en relación a su salud tienen más probabilidades de resolverlos, suplirlos e integrarse si actúan juntos, solidariamente, aunando esfuerzos y voluntades.

¿Qué servicios que prestan estos grupos y asociaciones?

Estas entidades ciudadanas favorecen la sensibilización y comprensión social hacia el problema de salud, contribuyen a la existencia de más y mejores recursos de apoyo y atención y promueven mejoras en el conocimiento que la sociedad tiene del tema de salud en cuestión. En muchas ocasiones ejercen una función preventiva de la enfermedad ante el conjunto de la población.

De forma resumida, las principales funciones y servicios que prestan son los siguientes:

- Información y asesoramiento. Campañas de información, prevención y sensibilización
- Programas de educación para la salud sobre el problema de salud de que se trate
- Apoyo emocional entre los miembros y programas de autocuidado
- Atención social. Rehabilitación
- Trabajo grupal de apoyo a familiares, personas afectadas y/o cuidadoras. Escuela de familias
- Jornadas de formación y divulgación, talleres y seminarios. Formación de voluntarios
- Programas de ocio y tiempo libre
- Elaboración de iniciativas y propuestas de mejora de tipo social y sanitario relativa a la patología
- Disponibilidad de Teléfono de consulta, página web y correo electrónico

¿Cómo localizar un Grupo de Ayuda Mutua o Asociación de Pacientes?

Existe una importante red de asociaciones relacionadas con problemas de salud como Alcoholismo, Anorexia, Alzheimer, Cáncer, VIH/SIDA, Enfermedades del Corazón, Diabetes, Violencia de Género, Enfermedades Hepáticas, Epilepsia, Lesión Cerebral, Lesión Medular, Ludopatía, Enfermedades Mentales, Neurológicas, Ostomías, Parkinson, Enfermedades Renales, Enfermedades Reumáticas, Síndromes, Trastorno de la Identidad de Género, Enfermedades de la Visión, etc.

Los profesionales de los Centros de Salud también pueden asesorar a pacientes y familiares sobre las asociaciones existentes en la Comunidad de Madrid relacionadas con una enfermedad determinada. Solicítele la información que precise.

Además la información sobre grupos de ayuda mutua se puede conseguir en las siguientes instituciones:

- Dirección General de Atención Primaria. Servicio de Promoción de la Salud (isp.promocion@salud.madrid.org)
- Dirección General de Atención al Paciente. Teléfono: 914 265 949
- Llamando al teléfono 012 del Servicio de Atención e Información al Ciudadano de la Comunidad de Madrid



ANEXO 6. CONTENIDOS PARA PROMOCIONAR LA SALUD Y PREVENIR LOS PROBLEMAS DE SALUD DERIVADOS DE CUIDAR.

Actividades para el autocuidado.

1 Aspecto personal:

El aseo diario (cuerpo, cabello, uñas, dientes) es un hábito saludable que proporciona confort y contribuye a mantener un buen aspecto personal. Mantener la piel bien hidratada (cremas hidratantes) forma parte de los cuidados y favorece el bienestar.

El cuidado de la imagen (vestido y calzado cómodos y limpios) es igual de importante que cuidar de otras actividades de la vida como la alimentación, la actividad física diaria, el descanso, la sexualidad, las relaciones sociales y el mantenimiento de las aficiones.

2 Alimentación saludable

Una alimentación saludable, es una alimentación equilibrada que considera la variedad, la frecuencia de consumo y la distribución de los alimentos a lo largo del día. Una alimentación equilibrada implica lo siguiente:

- Ingesta de líquidos: aunque las necesidades de líquidos cambian en función de ciertas características o circunstancias de las personas (sexo, edad, sedentarismo, ejercicio, temperatura ambiente, etc), se asume que un adulto sano puede cubrir sus necesidades diarias bebiendo entre 1,2 a 2 litros de agua (5 a 8 vasos),
- Tomar todos los días, varias veces al día: arroz, pastas, patatas, verduras, frutas, leche y derivados y aceite de oliva.
- Tomar varias veces cada semana: carne, pescado, huevos, legumbres, frutos secos
- Tomar solo ocasionalmente: dulces, helados, refrescos y zumos azucarados.

Se recomienda:

- Realizar 4 a 5 comidas diarias, evitando las comidas copiosas (abundantes). Tener en cuenta que la presentación atractiva de los alimentos favorece el apetito.
- Comer despacio, masticando bien y saboreando los alimentos. La hora de comer sirve como descanso para reponer fuerzas.

- Comenzar el día con un desayuno saludable[‡]: un lácteo (yogur, queso, leche sola o con cacao, café, té o infusiones), pan (o cereales, galletas o tostadas), una fruta o un zumo y mermelada, miel o aceite de oliva.

3 Descanso diario

Tanto el estrés como el insomnio pueden dificultar el descanso necesario por lo que la aplicación de medidas de higiene del sueño y de control del estrés facilitarán el descanso suficiente. Las principales medidas son las siguientes:

- Medidas para afrontar el insomnio:
- Restablecer o adquirir las costumbres de levantarse y acostarse todos los días a las mismas horas.
- Practicar la misma rutina todos los días antes de acostarse (ir al baño, tomar una ducha, lavarse los dientes, ponerse el pijama, etc.)
- Permanecer en la cama únicamente el tiempo que se está durmiendo. Si se ha descansado suficiente con 6 a 8 horas, es mejor levantarse que quedarse despierto en la cama.
- La cama es para dormir, no trabajar, estudiar, comer o ver la televisión.
- Si aparece cansancio durante el día es recomendable tomar una siesta corta (máximo 30 minutos) sentado en un sillón.
- Tomar una cena ligera, al menos una hora antes de acostarse. Si posteriormente se siente hambre, tomar un vaso de leche tibia, una infusión relajante o una fruta antes de ir a la cama.
- Evitar bebidas estimulantes, energéticas o alcohólicas porque pueden perturbar el descanso.
- Medidas de afrontamiento del estrés:

La práctica de algunos ejercicios sencillos, sirve de ayuda para la relajación. Seguir las siguientes instrucciones:

- Instalarse en un espacio cómodo y acogedor. En posición sentada o tumbada.
- Centrar la atención en la propia respiración, tomar aire por la nariz, retenerlo unos segundos y expulsarlo lentamente por la boca. Mientras se expulsa el aire, tratar de sentir como los músculos se aligeran liberando tensión.
- Continuar con esta respiración lenta y rítmica durante al menos 10 minutos diarios.

^{‡‡} Empezar el día con un desayuno saludable. Estrategia Naos. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad Asuntos Sociales e Igualdad. Disponible en: http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/csym/nutricion_saludable/recomendaciones/recomendacion00005.html

- Mientras se respira sosegadamente cerrar los ojos y elegir una imagen o paisaje que sugiera calma, tranquilidad, bienestar. Concentrarse en ella y continuar respirando pausadamente.
- Antes de finalizar, realizar tres respiraciones profundas, después de las cuales se comenzará a mover el cuerpo con movimientos lentos, abriendo los ojos poco a poco antes de incorporarse y volver a la actividad normal.

4 Cultivar o conservar las relaciones sociales y aficiones:

- Solicitar ayuda a las personas de confianza y utilizar los apoyos que ellas brindan facilita la disponibilidad de tiempos propios.
- Es muy importante delegar las responsabilidades del cuidado en otras personas de la familia para descansar y prevenir la sobrecarga.
- Dedicar una parte del día a realizar actividades lúdicas contribuye a desconectar de la situación estresante y favorece el bienestar.
- Mantener o recuperar las relaciones con amistades y familiares permite compartir experiencias y evita el aislamiento y la soledad.

5 Conocer y satisfacer los propios deseos y emociones

Mostrar asertividad y tener capacidad de expresar emociones y deseos de forma respetuosa facilita las relaciones con la persona que recibe los cuidados.

Antes de que surjan problemas o la persona cuidadora se sienta sobrecargada, es muy importante ofrecerle estrategias que favorezcan su fortaleza física y emocional de modo que sea capaz de:

- Exponer sus opiniones de manera clara, tranquila y respetuosa.
- Manifestar sus sentimientos y sus necesidades concretas de apoyo para cuidar de la persona dependiente.
- Expresar lo que se desea y lo que espera de otras personas del entorno, escuchar sus opiniones y acordar con ellas las condiciones del cuidado para coordinarse de forma efectiva.

Pedir apoyo es saber cuidarse.

6 Satisfacer las necesidades sexuales

- La atención y la excesiva dedicación a la persona enferma o dependiente con frecuencia da lugar a limitaciones reales de la satisfacción sexual.
- Cuando no es posible la relación sexual habitual, tiene lugar en la persona un reajuste espontáneo de las iniciativas, comportamientos y deseos, que favorece el bienestar emocional.

- Entendida la sexualidad en su más abierta, flexible y genuina expresión, es importante que se identifique y practique una actividad sexual placentera acorde con los principios de la persona implicada.
- Los profesionales de la salud en un marco de confianza y confidencialidad pueden orientar a las personas que lo precisen a enfocar los problemas sexuales con una actitud realista.
- Una buena calidad de vida en esta esfera, proporciona bienestar y equilibrio.

7 Realizar actividad física[§]

Es una de las costumbres más útiles para sentirse bien, mejorar la salud y prevenir enfermedades. Para lograrlo es suficiente incorporar a la vida cotidiana algunos ejercicios sencillos

Llevar una vida activa alivia el estrés, previene enfermedades osteomioarticulares, reduce el riesgo aparición de enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer de colon y de mama. Mejora la ansiedad y la depresión, reduce la presión arterial y contribuye al control del peso corporal.

Se recomienda realizar dos tipos de ejercicios:

Ejercicios aeróbicos o de resistencia: ayudan a mejorar la resistencia cardiaca y de los pulmones.

Se recomienda realizar diariamente:

Caminar a buen paso o bailar, 30 minutos.

Montar en bicicleta 30 minutos.

Hacer gimnasia en el agua durante 30 minutos.

Nadar 20 minutos.

Subir escaleras 15 minutos.

Ejercicios de fuerza y flexibilidad: realizados dos días por semana, 15 minutos cada día (repetir 10 veces cada uno), contribuyen a mejorar el equilibrio y la fortaleza muscular. A continuación se muestran algunos ejemplos de este tipo de ejercicios.

^{§§} Esta recomendación hace referencia a las personas sanas, si se padece alguna enfermedad es preciso consultar con los profesionales sanitarios cuales son los ejercicios más adecuados para cada caso concreto.

TABLAS DE EJERCICIOS DE FUERZA Y FLEXIBILIDAD

EJERCICIOS DE FUERZA:

Cada ejercicio debe hacerse al menos 10 veces y lentamente.

Sentado/a y apoyado/a en el respaldo, levantar un pie del suelo hasta estirar la pierna y luego la otra.



Sentado/a y apoyado/a en el respaldo, elevar lo posible las dos rodillas juntas.



Tumbado/a, elevar la pelvis y bajarla.



Flexionar y extender los brazos en esa posición.



EJERCICIOS DE FLEXIBILIDAD:

Cada ejercicio debe hacerse al menos 10 veces y lentamente.

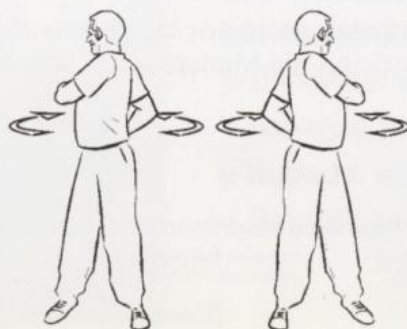
Tumbado/a llevar las dos rodillas hacia el pecho.



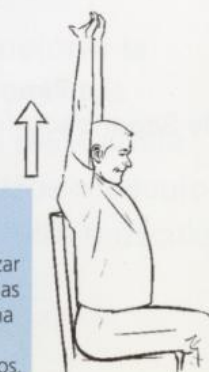
Llevar la cabeza hacia un hombro y repetirlo hacia el otro.



De pie, girar suavemente la cintura a uno y otro lado.



Sentado/a y apoyado/a en el respaldo, entrelazar los dedos y girar las palmas por encima de la cabeza, estirando los brazos.



ANEXO 7. MOVILIZACIÓN Y TRANSFERENCIA DE LA PERSONA DEPENDIENTE CON DIFICULTADES DE MOVILIDAD**

La movilización y transferencia del paciente no deberían ser una actividad agotadora, ni una fuente de riesgos y lesiones para la persona cuidadora ni para el paciente. Para conseguir estos objetivos es necesario tener en consideración una serie de principios básicos:

Adaptar el medio. Si en el entorno del paciente se realizan los cambios necesarios que hagan posible determinados desplazamientos, transferencias y movilizaciones se estará mejorando la situación global del paciente, ya que podrá desplazarse y desenvolverse con autonomía. Del mismo modo, se mejora la situación de la persona cuidadora que podrá manejar al paciente y realizar los distintos cuidados y movilizaciones empleando el mínimo esfuerzo posible, reduciendo así la probabilidad de lesionarse o dañar al paciente.

Colaboración del paciente. Si el grado de dependencia o patología lo permite hay que hacer que el paciente participe activamente, permitiéndole explotar las capacidades de movimiento que aún posea.

Orientar al paciente. Una de las complicaciones asociadas a la inmovilidad es la desorientación, los motivos son muy variados y una parte de ellos podemos evitarlos mediante las siguientes medidas:

- Comenzar cualquier manejo del paciente pidiéndole que mire o girándole la cabeza, en la dirección en la que se le va girar o desplazar. El motivo es muy sencillo, siempre que nos movemos la cabeza nos indica la dirección en la que lo hacemos, acompañando al resto del cuerpo y guiándole cuando se cambia el sentido, la dirección, o el plano en el que tiene lugar el movimiento.
- Movilizar al paciente de forma que se desplace sobre una superficie de apoyo, ya que estos movimientos aportarán al paciente información sensorial y por tanto le ayudarán en la orientación espacial.

Basar la movilización en el contacto. Las manos de la persona cuidadora contactan con el cuerpo del paciente, indicándole en cada momento qué debe hacer. Cuanto mayor sea la superficie de la mano que contacta con el cuerpo del paciente más clara será la información y menos dolorosa.

Moverse simultáneamente y en dirección al desplazamiento. La persona cuidadora tiene que moverse armónicamente junto al paciente, de esta manera se transmitirán la información y sensación de movimiento mutuamente y por otra parte aprovechará la energía y así aplicará menos fuerza.

Postura de la persona cuidadora. Mantener la espalda recta para que las cargas que actúan sobre ella lo hagan de manera vertical y así evitar contracturas musculares o cualquier otro trastorno de la columna vertebral.

Situarse en el lado hacia donde se va a mover al paciente.

** Las imágenes que aparecen en este anexo son propiedad del Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid y han sido cedidas para ser utilizadas en este Protocolo de "Atención Integral a las Personas Cuidadoras de Pacientes Dependientes".

Los pies deben estar separados y uno ligeramente más adelantado para proporcionar una buena base de apoyo que aumente la estabilidad.

Las rodillas ligeramente flexionadas, y se aumentará la flexión o extensión según se necesite ganar o perder altura. La persona cuidadora debe trabajar a una altura aproximada a la altura del paciente.

Movilizar imitando el movimiento del cuerpo humano. Primero observar cómo se mueve nuestro cuerpo y después intentar imitar esos movimientos con el paciente, siguiendo los principios básicos expuestos anteriormente.

No mover todo el cuerpo a la vez. En ningún caso hay que desplazar todo el cuerpo del paciente, sino que debe hacerse por partes, moviendo las distintas regiones corporales más pesadas de una en una y poniéndolas en dirección al movimiento; del mismo modo no debemos desplazar toda la distancia en un único movimiento, sino avanzar poco a poco, en pequeños pasos en la dirección adecuada, de esta forma se moviliza empleando el mínimo esfuerzo posible.

No levantar pesos. Levantar es el método que más esfuerzo requiere y el que mayor riesgo de lesión supone tanto para la persona cuidadora como para el paciente. Debido a esto hay que evitar cargar con pesos levantando el cuerpo del paciente.

No hacer daño al paciente. La movilización y transferencia no deben ser bajo ningún concepto un proceso traumático o doloroso para el paciente.

Existen determinadas zonas del cuerpo que son especialmente sensibles al dolor y que, por tanto, hay que evitar movilizar desde ellas en ningún caso, como por ejemplo: el cuello, cintura, caderas y hombros, ya que estas zonas son las que permiten la movilidad corporal. Es recomendable movilizar desde cabeza, tronco, brazos, piernas y pelvis, ya que son zonas más resistentes y menos sensibles al dolor.

Mantener el cuerpo del paciente bien alineado. Si el cuerpo del paciente está bien organizado se desplazará verticalmente hacia la superficie de apoyo, siendo el esqueleto el que soporte el peso, y como los huesos están preparados para esta función el resto del organismo no tendrá que someterse a ningún sobreesfuerzo.

Técnicas de movilización de pacientes. Las principales movilizaciones que a continuación se nombran tienen lugar en la cama. La más importante es el giro del paciente, ya que es la base de los cambios posturales y el punto de partida para sentar al paciente al borde de la cama.

a) Paso de tumbado boca arriba a tumbado de lado.

La persona cuidadora se coloca en el lado de la cama, hacia el que va a girar al paciente y le gira la cabeza hacia ese mismo lado para orientarle. Después sitúa las diferentes partes del cuerpo en dirección al movimiento (Imagen 1):

- El brazo más próximo lo separa del cuerpo.

- El brazo más alejado lo aproxima y lo deja colocado sobre el cuerpo del paciente.
- Flexiona la rodilla del miembro inferior más alejado, dejándola un poco inclinada hacia el otro miembro inferior que permanece completamente extendido.

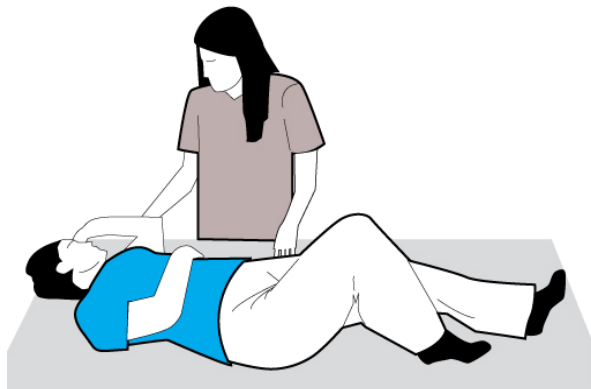


Imagen 1

Finalmente el cuidador sujeta con una mano el brazo más alejado del paciente y la otra mano la sitúa en el glúteo de ese mismo lado y a continuación tira del paciente hacia sí mismo, dejándolo colocado en decúbito lateral (Imagen 2).

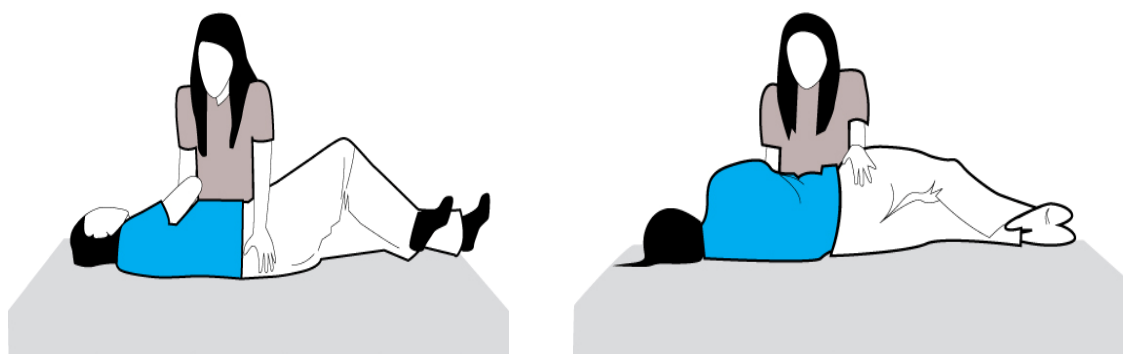


Imagen 2

b) Movilización hacia un lateral de la cama.

Se procede a dividir el cuerpo del paciente en tres segmentos: tronco, pelvis y miembros inferiores y se van a movilizar cada uno por separado. La persona cuidadora se coloca del lado de la cama hacia el cual va a trasladar al paciente, a la altura del segmento que va a mover en ese momento y manteniendo siempre una postura dinámica. Para movilizar el tronco la persona cuidadora pasa sus brazos por debajo de las axilas del paciente para sujetarle por la espalda (Imagen 3).

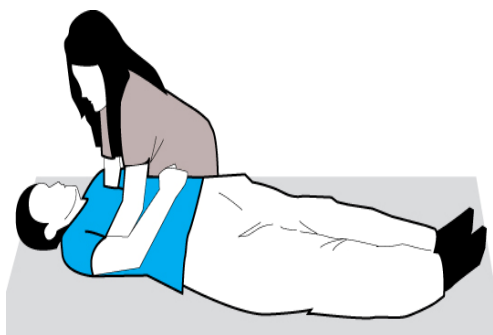


Imagen 3

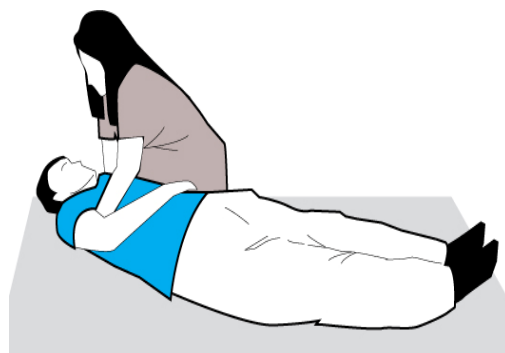


Imagen 4

A continuación la persona cuidadora desliza el tronco del paciente hacia sí mismo, hasta desplazarle la distancia deseada (Imagen 4). Para movilizar los otros segmentos se seguirán los mismos pasos; en el caso de la pelvis las presas irán debajo de los glúteos (Imagen 5) y en el caso de los miembros inferiores las presas serán con un brazo debajo de las rodillas y el otro a nivel de los gemelos (Imagen 6).

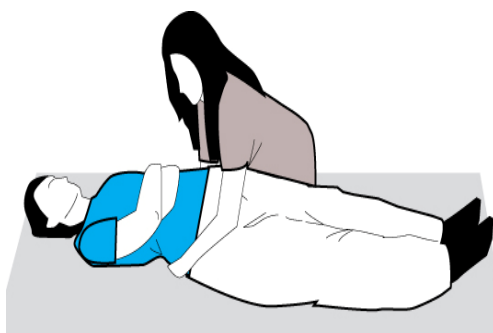


Imagen 5. Movilización pelvis.

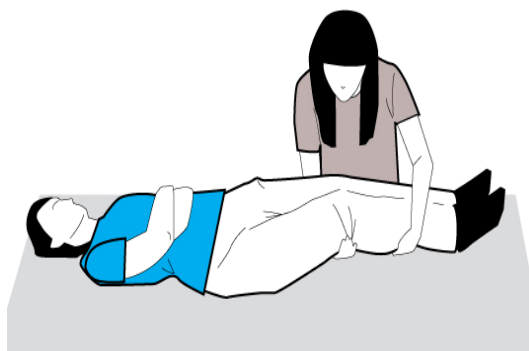


Imagen 6. Movilización MMII.

c) Sentar al paciente en el borde de la cama.

Esta movilización se puede realizar con el paciente tumbado boca arriba, aunque lo ideal es hacerlo con el paciente tumbado de lado, ya que la técnica es más sencilla y supone menos esfuerzo para la persona cuidadora. La persona cuidadora se coloca en el lateral hacia el que se va a sentar al paciente manteniendo una postura dinámica y coloca al paciente de lado (Imagen 7).

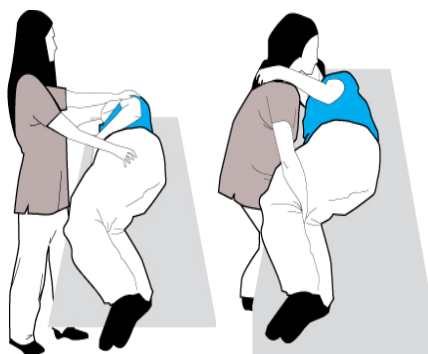


Imagen 7



Imagen 8

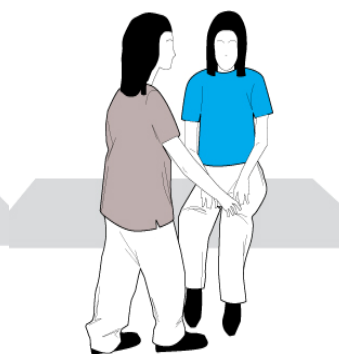


Imagen 9

Después pasa uno de sus brazos por debajo de la nuca del paciente para sujetarle a la altura de la escápula y con el otro brazo le sujeta los miembros inferiores a la altura de las rodillas mientras el paciente coloca el brazo libre sobre el hombro de la persona cuidadora. (Imagen 8). Finalmente eleva y rota el cuerpo del paciente en un sólo movimiento hasta que quede sentado al borde de la cama (Imagen 9).

d) Sentar correctamente al paciente en la silla.

Es una movilización habitual, ya que los pacientes sentados tienden a deslizarse sobre la silla quedando en una postura inadecuada (Imagen 10).

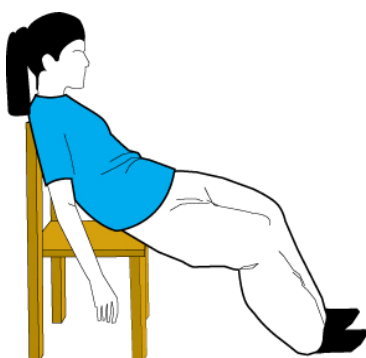


Imagen 10

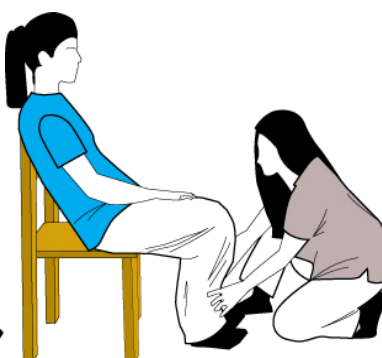


Imagen 11

La persona cuidadora primero flexiona las rodillas del paciente y le deja los pies a la misma altura (pies paralelos). (Imagen 11) Después se coloca por detrás del paciente (en posición de dar un paso) y le cruza los brazos e introduce sus brazos por debajo de las axilas del paciente hasta sujetarle con las manos a la altura de los codos (Imagen 12).

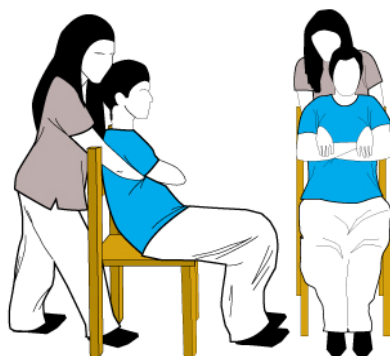


Imagen 12

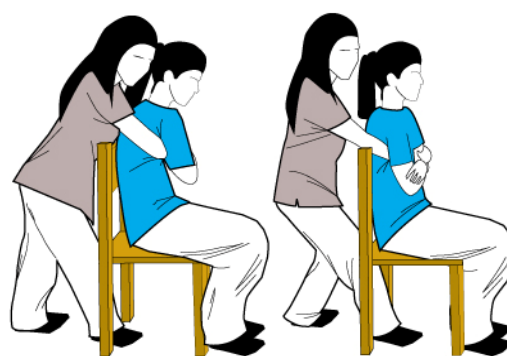


Imagen 13

Finalmente inclina al paciente hacia delante y después tira de él hacia atrás, hasta dejarle en la posición adecuada (Imagen 13).

e) Colocar al paciente en el borde de la silla

La persona cuidadora primero debe alinear correctamente el cuerpo del paciente (Imagen 14).



Imagen 14



Imagen 15



Imagen 16

Después se coloca por delante y sujetándole con un brazo por la espalda y con el otro por debajo de la rodilla del lado contrario, inclina al paciente hacia un lado y mueve hacia adelante la pierna contraria (Imagen 15). Posteriormente le inclina hacia el otro lado y repite lo mismo alternativamente hasta que el paciente quede al borde de la silla (Imagen 16).

Técnicas de transferencia de pacientes.

a) Pasar de la posición sentado a de pie.

El paciente debe estar sentado lo más cerca del borde, siempre que sea posible, con los pies bien apoyados en el suelo y sobre un asiento duro y lo suficientemente alto.

La persona cuidadora se coloca por delante del paciente, con la espalda recta y piernas en posición de dar un paso (con una pierna suya entre las piernas del paciente y la otra hacia atrás flexionando las rodillas), después rodea la espalda del paciente con sus brazos a la altura de la cintura y al mismo tiempo el paciente apoya sus brazos sobre los hombros de la persona cuidadora .

Finalmente y manteniendo la postura, inclina el tronco del paciente hacia delante y después lo levanta hacia arriba hasta dejarlo colocado de pie. (Imagen 17).

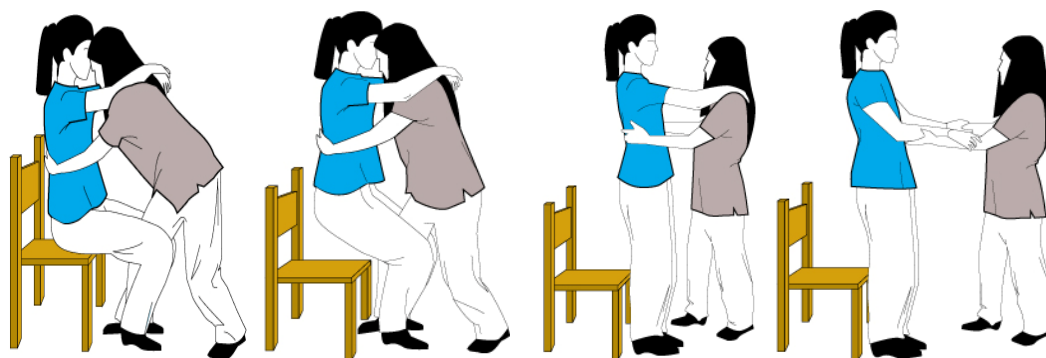


Imagen 17.

b) Pasar de pie a la posición de sentado.

Esta técnica se realiza igual que la anterior pero en sentido contrario. Tanto la posición del paciente, como la de la persona cuidadora, como las presas, son las mismas; lo que cambia es la dirección del movimiento, es decir, partiendo de la bipedestación la persona cuidadora inclina el tronco del paciente hacia delante y después lo desplaza hacia atrás hasta dejarlo sentado en el asiento.

Hay que tener en cuenta que en este caso el paciente se encuentra de espaldas al asiento lo que le puede provocar inseguridad, por este motivo se debe caminar hacia atrás con él hasta que la parte trasera de sus piernas contacten con el borde del asiento. Es entonces cuando el paciente empezará a sentarse sin miedo.

c) Pasar de una superficie a otra desde la posición de sentado.

El paciente se encuentra sentado cerca del borde del asiento (siempre que sea posible), con pies apoyados en el suelo y en una posición estable. La persona cuidadora se coloca por delante del paciente en posición de dar un paso con una de sus piernas entre las del paciente y la otra hacia atrás.

A continuación rodea con sus brazos la espalda del paciente (el paciente también se agarra a la persona cuidadora) y comienza el movimiento despegándolo del asiento y levantándolo hacia arriba mientras gira con los pies en dirección al asiento donde se le quiere trasladar. *(El giro puede hacerse en bloque o mediante pequeños avances).

Y una vez situado enfrente del otro asiento, inclina el tronco del paciente hacia adelante y después hacia atrás hasta dejarlo sentado (Imagen 18).

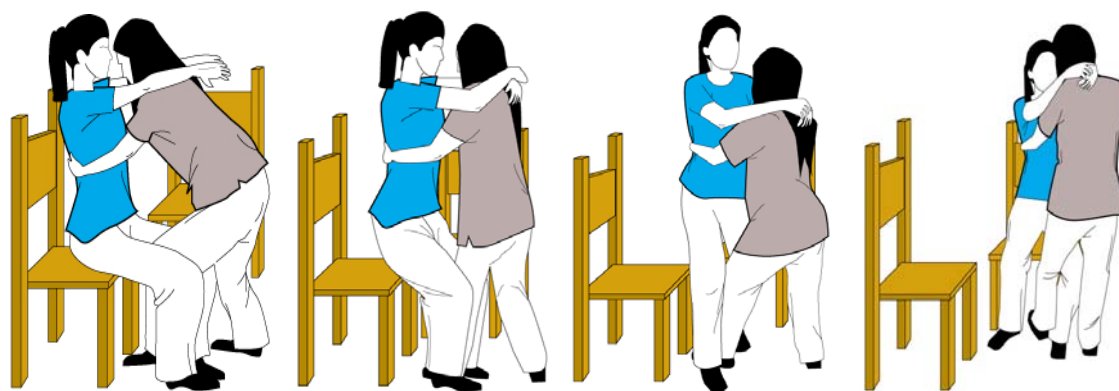


Imagen 18. Secuencia de movimientos

ANEXO 8. VALORACIÓN E INTERVENCIÓN EN CONSULTA DE FISIOTERAPIA. TEST DE OSWESTRY

Una de las principales causas de lesiones físicas de las personas cuidadoras de pacientes dependientes es la necesidad de realizar las transferencias de dichos pacientes.

Las familias y las personas cuidadoras son quienes dedican más de la mitad de su tiempo al cuidado del paciente con discapacidad crónica¹.

Dependiendo del estadio de la enfermedad, necesitarán conocimientos propios de profesionales sin embargo, en la mayoría de los casos, la persona cuidadora tiene poco o ningún conocimiento sobre estos temas.

Cuidar a una persona dependiente durante largos períodos puede desencadenar problemas de salud en la persona cuidadora. Esto es debido a que, en muchos casos, la asistencia ocupa gran parte de las horas del día. Esta situación puede desembocar en la denominada sobrecarga de la persona cuidadora, que comienza a sufrir alteraciones físicas, psíquicas y sociales derivadas de la amplia dedicación a realizar sus labores como cuidadora en detrimento de su propia calidad de vida^{2, 3}.

Una de las labores fundamentales de las personas cuidadoras es la ayuda en la realización de las actividades de la vida diaria. Para ello, es necesario realizar transferencias que permitan al paciente moverse en la cama, el aseo, sentarse, vestirse, etc. Realizar estas labores sin una técnica adecuada puede ocasionar lesiones en las personas cuidadoras hasta el punto de llegar a ser irreversibles. El 72% de las personas cuidadoras que dejan de desempeñar su labor es por deterioro de su propia salud. A este desgaste hay que añadir el propio del envejecimiento que a lo largo de los años irá afectando a la persona cuidadora⁴. Los problemas físicos que aparecen con mayor frecuencia son dolor de cuello y espalda, síntomas de agotamiento, problemas musculares, sintomatología digestiva, problemas de articulaciones, mareos, etc.^{4, 5}, y la mayoría derivados de las actividades relacionadas con la movilidad del paciente. Los movimientos de flexión, rotación más elevación del tronco, sumado a la baja satisfacción en el desempeño de la actividad o del trabajo suelen ser causa de dolor de espalda^{6, 7}.

Con conocimientos de biomecánica adecuados, existen técnicas más ergonómicas que permiten la realización de dichas transferencias, sin que ello suponga tanto estrés para las estructuras físicas del cuidador⁸. Mediante la enseñanza de estas técnicas a los cuidadores es posible mejorar su calidad de vida y, por tanto, su salud^{2,9,10}.

Valoración de Fisioterapia

Los dolores musculares y articulares son las principales afecciones físicas de las personas cuidadoras. La carga de peso en posiciones de torsión de la columna vertebral puede causar lesiones que, en situaciones repetidas, pueden ser irreversibles. Por ello el objetivo de esta valoración es conocer el estado de salud de la persona cuidadora mediante el cuestionario de Oswestry para la incapacidad por

dolor lumbar¹¹, escala visual analógica para la evaluación del dolor lumbar y del hombro en reposo, por la noche y durante las transferencias y el cuestionario SF-36 para evaluar la calidad de vida de las personas cuidadoras^{12, 13}.

Intervención de Fisioterapia

La intervención de fisioterapia va encaminada a minimizar las situaciones de riesgo de lesión del aparato locomotor mediante un programa de educación que enseñe a la persona cuidadora maniobras de transferencias y movilizaciones que utilizan recursos como el propio peso y el del paciente para poder realizar los cambios posturales minimizando el riesgo de lesión y con menos esfuerzo.

Al mismo tiempo es necesario adaptar estas técnicas a la situación de cada cuidadora; su casa, la movilidad de la persona a su cuidado, etc.

La intervención consta de una primera consulta de 20-30 minutos de duración, en la que se explica brevemente la importancia de las transferencias y movilizaciones con maniobras ergonómicas mediante una dossier con ilustraciones y una segunda reunión práctica de una hora, en la que se explican las maniobras de transferencia de decúbito supino a decúbito lateral y viceversa, traslado del paciente en la cama, transferencia de decúbito supino a sedestación, transferencia de sedestación a decúbito supino y transferencia de sedestación a sedestación. En esta sesión se solventarán las dudas de la persona cuidadora y se adaptarán las maniobras a sus circunstancias particulares. Se le hará entrega de un dossier ilustrado con las maniobras que se han visto en la sesión práctica descritas de forma detallada.

TEST DE OSWESTRY

La Escala de Oswestry consta de 10 preguntas con 6 opciones de respuesta ordenadas de menor a mayor limitación (la primera opción vale 0 y la última 5). La puntuación total se expresa en porcentaje (de 0 a 100%) y se calcula teniendo en cuenta el número de preguntas contestadas (si se deja algún ítem sin responder éste se excluye del cálculo final).

La fórmula para calcular la puntuación sería:

Puntuación total (%):

$$\frac{\text{Suma de las puntuaciones de los ítems contestados} \times 100}{50 - (5 \times n^{\circ} \text{ de ítems no contestados})}$$

Las categorías de limitación funcional son 5: mínima (0-19 %); moderada (20-39 %); intensa (40-59 %), discapacidad (60-79 %) y máxima (80-100 %).

CUESTIONARIO

En las siguientes actividades, marque con una cruz la frase que en cada pregunta se parezca más a su situación:

1. INTENSIDAD DEL DOLOR

- (0) Puedo soportar el dolor sin necesidad de tomar calmantes
- (1) El dolor es fuerte pero me arreglo sin tomar calmantes
- (2) Los calmantes me alivian completamente el dolor
- (3) Los calmantes me alivian un poco el dolor
- (4) Los calmantes apenas me alivian el dolor
- (5) Los calmantes no me alivian el dolor y no los tomo

2. ESTAR DE PIE

- (0) Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera sin que me aumente el dolor
- (1) Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera pero me aumenta el dolor
- (2) El dolor me impide estar de pie más de una hora
- (3) El dolor me impide estar de pie más de media hora
- (4) El dolor me impide estar de pie más de 10 minutos
- (5) El dolor me impide estar de pie

3. CUIDADOS PERSONALES (bañarse, vestirse, etc...)

- (0) Me las puedo arreglar solo sin que me aumente el dolor
- (1) Me las puedo arreglar solo pero esto me aumenta el dolor
- (2) Lavarme, vestirme, etc, me produce dolor y tengo que hacerlo despacio y con cuidado
- (3) Necesito alguna ayuda pero consigo hacer la mayoría de las cosas yo solo
- (4) Necesito ayuda para hacer la mayoría de las cosas
- (5) No puedo vestirme, me cuesta lavarme y suelo quedarme en la cama

4. DORMIR

- (0) El dolor no me impide dormir bien
- (1) Sólo puedo dormir si tomo pastillas
- (2) Incluso tomando pastillas duermo menos de 6 horas

- (3) Incluso tomando pastillas duermo menos de 4 horas
- (4) Incluso tomando pastillas duermo menos de 2 horas
- (5) El dolor me impide totalmente dormir

5. LEVANTAR PESO

- (0) Puedo levantar objetos pesados sin que me aumente el dolor
- (1) Puedo levantar objetos pesados pero me aumenta el dolor
- (2) El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo hacerlo si están en un sitio cómodo (ej. en una mesa)
- (3) El dolor me impide levantar objetos pesados, pero sí puedo levantar objetos ligeros o medianos si están en un sitio cómodo
- (4) Sólo puedo levantar objetos muy ligeros
- (5) No puedo levantar ni elevar ningún objeto

6. ACTIVIDAD SEXUAL

- (0) Mi actividad sexual es normal y no me aumenta el dolor
- (1) Mi actividad sexual es normal pero me aumenta el dolor
- (2) Mi actividad sexual es casi normal pero me aumenta mucho el dolor
- (3) Mi actividad sexual se ha visto muy limitada a causa del dolor
- (4) Mi actividad sexual es casi nula a causa del dolor
- (5) El dolor me impide todo tipo de actividad sexual

7. ANDAR

- (0) El dolor no me impide andar
- (1) El dolor me impide andar más de un kilómetro
- (2) El dolor me impide andar más de 500 metros
- (3) El dolor me impide andar más de 250 metros
- (4) Sólo puedo andar con bastón o muletas
- (5) Permanezco en la cama casi todo el tiempo y tengo que ir a rastras al baño

8. VIDA SOCIAL

- (0) Mi vida social es normal y no me aumenta el dolor

- (1) Mi vida social es normal pero me aumenta el dolor
- (2) El dolor no tiene no tiene un efecto importante en mi vida social, pero si impide mis actividades más enérgicas como bailar, etc.
- (3) El dolor ha limitado mi vida social y no salgo tan a menudo
- (4) El dolor ha limitado mi vida social al hogar
- (5) No tengo vida social a causa del dolor

9. ESTAR SENTADO

- (0) Puedo estar sentado en cualquier tipo de silla todo el tiempo que quiera
- (1) Puedo estar sentado en mi silla favorita todo el tiempo que quiera
- (2) El dolor me impide estar sentado más de una hora
- (3) El dolor me impide estar sentado más de media hora
- (4) El dolor me impide estar sentado más de 10 minutos
- (5) El dolor me impide estar sentado

10. VIAJAR

- (0) Puedo viajar a cualquier sitio sin que me aumente el dolor
- (1) Puedo viajar a cualquier sitio, pero me aumenta el dolor
- (2) El dolor es fuerte pero aguanto viajes de más de 2 horas
- (3) El dolor me limita a viajes de menos de una hora
- (4) El dolor me limita a viajes cortos y necesarios de menos de media hora
- (5) El dolor me impide viajar excepto para ir al médico o al hospital

O: 0 puntos; 1: 1 punto; 2: 2 puntos; 3: 3 puntos; 4:4 puntos; 5: 5 puntos

Bibliografía

1. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) (I). Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992; 30: 473-83.
2. Ware JE. SF-36 health survey update. *Spine*. 2000; 25: 3130-9.
3. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ*. 2002;324:1417.
4. Aaronson NK, Acquadro C, Alonso J, Apolone G, Bucquet D, Bullinger M, et al. International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Qual Life Res*. 1992; 1:349-51.
5. Bullinger M, Alonso J, Apolone G, Leplege A, Sullivan M, Wood-Dauphinee S, et al. Translating health status questionnaires and evaluating their quality: the IQOLA Project approach. *International Quality of Life Assessment*. *J Clin Epidemiol*. 1998; 51:913-23.
6. Wagner AK, Gandek B, Aaronson NK, Acquadro C, Alonso J, Apolone G, et al. Cross-cultural comparisons of the content of SF-36 translations across 10 countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment*. *J Clin Epidemiol*. 1998; 51:925-32
7. Gonzalez N, Padierna A, Quintana J, Arostegui I, Horcajo M. Calidad de vida de los pacientes afectados de trastornos de la alimentación. *Gac Sanit*. 2001; 15:18-24
8. McHorney CA, Ware JE Jr, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) (II). Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care*. 1993; 31:247-63.
9. Ware JE Jr, Gandek B, y el IQOLA Projeet Group. The SF-36 Health Survey: development and use in mental health research and the IQOLA projet. *Int J Ment Health*. 1994;23: 49-73.
10. Keller SD, Ware JE Jr, Bentler PM, Aaronson NK, Alonso J, Apolone G, et al. Use of structural equation modeling to test the construct validity of the SF-36 Health Survey in ten countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment*. *J C*
11. Florez García MT, García Pérez MA, García Pérez F, Armenteros Pedrero J, Alvarez Prado A, Martínez Lorente MD. Adaptación transcultural a la población española de la escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry. *Rehabilitación (Madr)*. 1995; 29 (2): 138-45.
12. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36)). *Med Clin (Barc)*. 1995; 104 (20): 771-6.
13. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, De la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin (Barc)*. 1998; 111 (11): 410-6.

ANEXO 9. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO: CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR (o RIESGO).

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO

1.- PROBLEMAS IDENTIFICADOS

1.1.-CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR

Definición: Dificultad para desempeñar el papel de cuidador de la familia

Posibles Factores Relacionados:

Adicción	Expectativas irreales sobre sí mismo
Aislamiento de otros	Falta de conocimientos sobre los recursos comunitarios
Alienación de los demás	Falta de intimidad del cuidador
Alta domiciliaria de algún miembro de la familia con importantes necesidades de cuidados	Falta de soporte
Antecedentes de afrontamiento familiar marginal	Falta de tiempo
Antecedentes de disfunción familiar	Fortaleza emocional
Antecedentes de malas relaciones	Gravedad de la enfermedad
Asistencia formal	Imposibilidad para predecir el curso de la enfermedad.
Ayuda informal inadecuada.	Imposibilidad para predecir la situación de cuidados
Brindar los cuidados durante años	Incapacidad para satisfacer las expectativas ajenas
Cambio continuo de actividades	Incapacidad para satisfacer las expectativas propias
Cantidad de actividades	Inexperiencia en la provisión de cuidados
Codependencia	Insuficiencia de actividades recreativas

Complejidad de las actividades	Medios de transporte inadecuados
Conductas problemáticas	Patrones de afrontamiento marginales
Conflicto en el desempeño de roles.	Presencia de abusos
Crecientes necesidades de cuidados	Presencia de violencia
Cronicidad de la enfermedad	Problemas cognitivos
Dependencia	Problemas físicos
Dificultad para acceder a los recursos comunitarios	Problemas psicológicos
El cuidador no está preparado desde la perspectiva de su desarrollo para asumir ese papel	Recursos comunitarios inadecuados (p. ej., cuidados de respiro, recursos recreativos)
El estado mental del anciano inhibe la conversación	Recursos económicos insuficientes
El receptor de los cuidados tiene expectativas poco realistas del cuidador	Responsabilidad de los cuidados durante las 24 horas
Energía física	Recursos comunitarios inadecuados (p. ej., cuidados de respiro, recursos recreativos)
Enfermedad crónica	Salud inestable del receptor de los cuidados
Entorno físico inadecuado para brindar cuidados (p. ej., acondicionamiento del domicilio, temperatura, seguridad)	Soporte formal
Equipo inadecuado para brindar cuidados	Soporte informal inadecuado

Características definitorias

Afrontamiento individual deteriorado	Frustración
Baja productividad laboral	Hipertensión
Cambio disfuncional en las actividades del cuidador	Impaciencia
Cambios en las actividades de tiempo libre	Incertidumbre sobre el cambio de relaciones con el receptor de los cuidados
Cambios ponderales	Inquietud por la habilidad futura del cuidador para proporcionar cuidados
Cefaleas	Inquietud por la salud futura del receptor de los cuidados
Cólera	Inquietud por los cuidados que recibirá la persona si el cuidador es incapaz de proporcionárselos
Conflicto familiar	Inquietud sobre la posible institucionalización del receptor de los cuidados
Diabetes	Labilidad emocional creciente
Dificultad para completar las tareas requeridas	Nerviosismo creciente
Dificultad para llevar a cabo las tareas requeridas	No participación en la vida social
Dificultad para ver cómo afecta la enfermedad al receptor de los cuidados	Preocupación por los cuidados habituales
Duelo sobre el cambio de relaciones con el receptor de los cuidados	Preocupación por los miembros de la familia
Enfermedad cardiovascular	Rechazo de promociones profesionales
Erupciones	Sentimientos de depresión
Estrés	Somatización
Falta de tiempo para las necesidades personales	Trastornos del sueño
Fatiga	Trastornos gastrointestinales

1.2.-RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR

Definición: El cuidador es vulnerable por percibir dificultad en el desempeño del rol de cuidador familiar

Posibles Factores Riesgo:

Adaptación familiar marginal	El receptor de los cuidados muestra un comportamiento atípico
Adicción	Enfermedad grave del receptor de los cuidados
Aislamiento de la familia	Entorno físico inadecuado para prestar los cuidados (p. ej., acondicionamiento doméstico, transportes, servicios comunitarios, equipo)
Aislamiento del cuidador	Falta de distracción del cuidador
Alta de un miembro de la familia con importantes necesidades de cuidados en el domicilio	Falta de experiencia para cuidar
Antecedentes de malas relaciones entre el cuidador y la persona cuidada.	Falta de recreo del cuidador
Cantidad de tareas de cuidados	Inestabilidad de la salud del receptor de los cuidados
Codependencia	Nacimiento prematuro
Complejidad de las tareas de cuidados.	Patrones de afrontamiento marginales del cuidador
Conflicto del cuidador en el desempeño de roles	Presencia de abusos
Cuidados numerosos	Presencia de agentes situacionales estresantes que normalmente afectan a las familias (p. ej., una pérdida significativa, desastres o crisis, vulnerabilidad económica, acontecimientos vitales importantes)
Curso imprevisible de la enfermedad	Presencia de violencia

Defecto congénito	Problemas cognitivos del receptor de los cuidados
Deterioro de la salud del cuidador	Problemas psicológicos del cuidador
Disfunción familiar previa al inicio de la situación en que se requieren cuidados	Problemas psicológicos del receptor de los cuidados
Duración del requerimiento de cuidados	Retraso en el desarrollo de la persona que recibe los cuidados
El cuidador es el cónyuge	Retraso en el desarrollo del cuidador
El cuidador es una mujer	Retraso mental de la persona que recibe los cuidados
El cuidador no está preparado desde la perspectiva de su desarrollo para asumir ese papel	Retraso mental del cuidador
El cuidador no está preparado desde la perspectiva de su desarrollo para asumir ese papel en competencia	Situación marginal de la familia
El receptor de los cuidados muestra un comportamiento aberrante	

2.- PLAN DE CUIDADOS:

CRITERIO DE RESULTADO (NOC): Bienestar del cuidador principal

Definición: Alcance de la percepción positiva del estado del proveedor de cuidados primarios

INDICADOR	ESCALA DE VALORACIÓN
Apoyo del profesional sanitario	No del todo satisfecho hasta Completamente satisfecho
Capacidad para el afrontamiento	No del todo satisfecho hasta Completamente satisfecho
Disponibilidad de descansos	No del todo satisfecho hasta Completamente satisfecho
La familia comparte las responsabilidades de los cuidados	No del todo satisfecho hasta Completamente satisfecho
Recursos económicos para los cuidados	No del todo satisfecho hasta Completamente satisfecho
Rol del cuidador	No del todo satisfecho hasta Completamente satisfecho
Satisfacción con el apoyo instrumental	No del todo satisfecho hasta Completamente satisfecho
Satisfacción con el apoyo social	No del todo satisfecho hasta Completamente satisfecho
Satisfacción con el estilo de vida	No del todo satisfecho hasta Completamente satisfecho
Satisfacción con la realización de los roles habituales	No del todo satisfecho hasta Completamente satisfecho
Satisfacción con la salud emocional	No del todo satisfecho hasta Completamente satisfecho
Satisfacción con la salud física	No del todo satisfecho hasta Completamente satisfecho
Satisfacción con las relaciones sociales	No del todo satisfecho hasta Completamente satisfecho

CRITERIO DE RESULTADO (NOC): Resistencia del papel del cuidador

Definición: Factores que fomentan la capacidad de continuación del cuidado familiar durante un largo período de tiempo

INDICADOR	ESCALA DE VALORACIÓN
Apoyo del profesional sanitario al cuidador	Inadecuado hasta Completamente adecuado
Apoyo social para el cuidador familiar	Inadecuado hasta Completamente adecuado
Descanso para el cuidador familiar	Inadecuado hasta Completamente adecuado
Dominio de las actividades de cuidados directos	Inadecuado hasta Completamente adecuado
Dominio de las actividades de cuidados indirectos	Inadecuado hasta Completamente adecuado
Oportunidades del cuidador familiar para actividades de ocio	Inadecuado hasta Completamente adecuado
Recursos económicos	Inadecuado hasta Completamente adecuado
Relación mutuamente satisfactoria entre el cuidador familiar y el destinatario de los cuidados	Inadecuado hasta Completamente adecuado
Servicios necesarios para ayudar en los cuidados	Inadecuado hasta Completamente adecuado
Suministros para los cuidados	Inadecuado hasta Completamente adecuado
Apoyo del profesional sanitario al cuidador	Inadecuado hasta Completamente adecuado
Apoyo social para el cuidador familiar	Inadecuado hasta Completamente adecuado
Descanso para el cuidador familiar	Inadecuado hasta Completamente adecuado

CRITERIO DE RESULTADO (NOC): Salud emocional del cuidador principal

Definición: Bienestar emocional de un cuidador familiar mientras atiende a un miembro de la familia

INDICADOR	ESCALA DE VALORACIÓN
Ambivalencia con respecto a la situación	Grave hasta Ninguno
Autoestima	Gravemente comprometido hasta No comprometido
Bienestar espiritual percibido	Gravemente comprometido hasta No comprometido
Cargas percibidas	Grave hasta Ninguno
Certeza sobre el futuro	Gravemente comprometido hasta No comprometido
Culpa	Grave hasta Ninguno
Depresión	Grave hasta Ninguno
Frustración	Grave hasta Ninguno
Idoneidad de los recursos percibida	Gravemente comprometido hasta No comprometido
Relación social percibida	Gravemente comprometido hasta No comprometido
Resentimiento	Grave hasta Ninguno
Satisfacción con la vida	Gravemente comprometido hasta No comprometido
Sensación de control	Gravemente comprometido hasta No comprometido
Temor	Grave hasta Ninguno
Uso de fármacos psicotrópicos	Grave hasta Ninguno

CRITERIO DE RESULTADO (NOC): Salud física del cuidador principal

Definición: Salud física del cuidador principal

INDICADOR	ESCALA DE VALORACIÓN
Buena forma física	Gravemente comprometido hasta No comprometido
Comodidad física	Gravemente comprometido hasta No comprometido
Consumo de medicación	Gravemente comprometido hasta No comprometido
Estado cognitivo	Gravemente comprometido hasta No comprometido
Estado nutricional	Gravemente comprometido hasta No comprometido
Función cardíaca	Gravemente comprometido hasta No comprometido
Función física	Gravemente comprometido hasta No comprometido
Función gastrointestinal	Gravemente comprometido hasta No comprometido
Función pulmonar	Gravemente comprometido hasta No comprometido
Nivel de energía	Gravemente comprometido hasta No comprometido
Nivel de movilidad	Gravemente comprometido hasta No comprometido
Patrón de sueño-descanso	Gravemente comprometido hasta No comprometido
Peso	Desviación grave de rango normal hasta Sin desviación del rango normal
Presión arterial	Desviación grave de rango normal hasta Sin desviación del rango normal
Resistencia a la infección	Desviación grave de rango normal hasta Sin desviación del rango normal
Salud general percibida	Gravemente comprometido hasta No comprometido

INTERVENCIÓN (NIC): Apoyo al cuidador principal

Definición: Suministro de la necesaria información, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios

Actividades:

ACTIVIDADES
Aceptar las expresiones de emoción negativa
Actuar en lugar del cuidador si se hace evidente una sobrecarga de trabajo
Admitir las dificultades del rol del cuidador principal
Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo
Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad, si es el caso
Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente
Animar la aceptación de independencia entre los miembros de la familia
Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo
Apoyar al cuidador mediante procesos de quejas
Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal
Comentar con el paciente los límites del cuidador
Controlar los problemas de interacción de la familia en relación con los cuidados del paciente
Determinar el nivel de conocimientos del cuidador
Determinar la aceptación del cuidador de su papel
Educar al cuidador sobre los procesos de quejas
Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental
Enseñar al cuidador estrategias para acceder y sacar el máximo provecho de los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios
Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo con las preferencias del paciente
Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés
Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente
Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles

ACTIVIDADES
Explorar con el cuidador principal cómo lo está afrontando
Identificar fuentes de cuidados prolongados
Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios
Informar al personal/centro de los servicios de emergencia sobre la estancia del paciente en casa, estado de salud y tecnologías utilizadas con el consentimiento del paciente o de la familia
Observar si hay indicios de estrés
Promover una red social de cuidadores
Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas por teléfono y/o cuidados de enfermería comunitarios
Proporcionar información sobre el estado del paciente de acuerdo con las preferencias del paciente
Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador
Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador, si procede

INTERVENCIÓN (NIC): Aumentar el afrontamiento

Definición: Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana

Actividades:

ACTIVIDADES
Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia
Animar al paciente a desarrollar relaciones
Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento
Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades
Animar la implicación familiar, si procede
Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados
Ayudar al paciente a clarificar los conceptos equivocados
Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento

ACTIVIDADES
Ayudar al paciente a desglosar los objetivos complejos en pasos pequeños, manejables
Ayudar al paciente a examinar fuentes disponibles para cumplir con los objetivos
Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones, y a manejar su estilo de vida o su papel necesario en ella
Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener
Ayudar al paciente a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo
Ayudar al paciente a identificar respuestas positivas de los demás
Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles
Ayudar al paciente a que se queje y trabaje por las pérdidas de la enfermedad y/o discapacidad crónicas, si es el caso
Ayudar al paciente a resolver los problemas de una manera constructiva
Confrontar los sentimientos ambivalentes del paciente (enfado o depresión)
Desalentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte estrés
Determinar el riesgo del paciente para hacerse daño
Disminuir los estímulos del ambiente que podrían ser malinterpretados como amenazadores
Disponer un ambiente de aceptación
Disponer una preparación de habilidades sociales adecuadas
Estudiar con el paciente métodos anteriores en el manejo de problemas vitales
Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones
Explorar los éxitos anteriores del paciente
Facilitar las salidas constructivas a la ira y la hostilidad
Favorecer las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes
Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente
Fomentar la identificación de valores vitales específicos
Fomentar las actividades sociales y comunitarias
Fomentar un dominio gradual de la situación
Indagar las razones del paciente para su autocrítica

ACTIVIDADES
Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación, si resulta necesario
Presentar al paciente personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito
Proporcionar al paciente elecciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados de enfermería
Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico
Reconocer la experiencia espiritual/cultural del paciente
Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante
Tratar las consecuencias de comportarse con sentimientos de culpa y vergüenza
Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación
Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal, si está indicado
Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones
Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad
Valorar las necesidades/deseos del paciente de apoyo social
Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación

INTERVENCIÓN (NIC): Cuidados intermitentes

Definición: Provisión de cuidados de corta duración para proporcionar descanso a un cuidador familiar

Actividades:

ACTIVIDADES
Conseguir los números de teléfonos de urgencias
Controlar la capacidad de resistencia del cuidador
Coordinar el voluntariado para los servicios en casa, si procede
Determinar la forma de contacto con el cuidador habitual
Disponer los arreglos para el cuidador sustituto
Establecer una relación terapéutica con el paciente/familia
Informar al paciente /familia acerca de los fondos estatales disponibles para los cuidados intermitentes
Mantener un ambiente hogareño normal
Proporcionar cuidados, como ejercicios, deambulación e higiene, si se requiere
Proporcionar cuidados de urgencia, si es necesario
Realizar un informe al cuidador habitual al regreso
Seguir la rutina habitual de cuidados