



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

CUIDADORA DE UN PACIENTE CON EPOC. UN CASO CLINICO

Alumno: Raquel Martínez Molina

Tutor: Jesús de la Paz Jiménez

Dpto: Enfermería Familiar y Comunitaria

Mayo, 2016



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

CUIDADORA DE UN PACIENTE CON EPOC. UN CASO CLINICO

Alumno/a: Raquel Martínez Molina

Tutor/a: Prof. D. Jesús de la Paz Jiménez

Dpto: Enfermería Familiar y Comunitaria

Firma: Raquel

Mayo, 2016

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	PAG 4-13
1.1. RESUMEN/ABSTRACT.....	PAG 4-5
1.2. MARCO TEÓRICO.....	PAG 6-11
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	PAG 12
1.4. METODOLOGÍA.....	PAG 12-13
2. OBJETIVOS.....	PAG 13
3. DESCRIPCIÓN DEL CASO.....	PAG 14-16
3.1. DATOS BÁSICOS.....	PAG 14
3.2. MIEMBROS DE LA FAMILIA.....	PAG 14
3.3. PATRONES FUNCIONALES FAMILIARES.....	PAG 15
3.4. CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO MEDIO-AMBIENTAL...PAG 15-16	
3.5. SEGURIDAD DEL HOGAR.....	PAG 16
3.6. DATOS BÁSICOS DE LA CUIDADORA FAMILIAR.....	PAG 16
4. VALORACIÓN, PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN.....	PAG 17-25
4.1. VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES.....	PAG 17-20
4.2. PLAN DE CUIDADOS.....	PAG 20-23
4.3. EJECUCIÓN.....	PAG 24-25
5. EVALUACIÓN.....	PAG 26-27
6. DISCUSION E IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.....	PAG 28-29
7. CONCLUSIONES.....	PAG 29
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	PAG 30-32
9. ANEXOS.....	PAG 33-50

1. INTRODUCCIÓN

1.1. RESUMEN

CUIDADORA DE UN PACIENTE CON EPOC. UN CASO CLINICO:

La EPOC es una enfermedad respiratoria, que con su progreso, se va haciendo muy incapacitante para la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). Se trata de la cuarta causa de muerte en hombres. Su principal síntoma es la disnea que se va agudizando poco a poco. Es por esto, la evidente dependencia del paciente y la necesidad de cuidados continuos. Un/a cuidador/a familiar es aquella persona que cuida a un paciente dependiente. La mayoría son mujeres, con parentesco y de una edad media de 57 años. Sin embargo, con el paso de los años este modelo será inestable, ya que cada vez hay más población activa y por tanto menos población para cuidar a estas personas. Este rol conlleva muchas complicaciones para la salud de los cuidadores. Los principales son cansancio, ansiedad, depresión e incluso dolores especialmente articulares. Es por esto, que las cuidadoras necesitan de ayudas como residencias de día, valoración por la Ley de Dependencia, etc. De este modo, pueden descansar y dedicar más tiempo para ellas mismas. Muchas veces nos centramos únicamente en la persona dependiente, en ofrecerle todo para aumentar su calidad de vida, y nos olvidamos de las cuidadoras, que son fundamentales a la hora de realizar los cuidados a estas personas, y que además son personas humanas que tienen derecho asistencial. Por esto, es necesario que la Enfermería Familiar y Comunitaria, incluya a las cuidadoras dentro del Plan de Cuidados Familiar, para poder resolver y solventar sus necesidades como las de cualquier persona. Es por esto, por lo que realizo este proyecto, porque en mi opinión, el trabajo que realizan las cuidadoras no se valora como tal, y se merecen esa valoración, además de mi curiosidad por el tema. Gracias a las diferentes bases de datos de las que disponemos, he conseguido realizar este trabajo, que espero que pueda servir de guía para los profesionales sanitarios de Atención Primaria, especialmente.

Palabras clave: cuidadora familiar, plan de cuidados enfermeros, EPOC, dependencia.

CAREGIVER OF A PATIENT WITH COPD. CLINICAL CASE:

COPD is a respiratory disease that is becoming very incapacitating with his progress, to perform Basic Activities of Daily Living (ADLs). This is the fourth leading cause of death in men. Its main symptom is breathlessness to be gradually intensifying. That is why, the apparent dependence on the patient and the need for continuous care. A / caretaker / a family is a person who cares for a dependent patient. Most are women, kinship and an average age of 57 years. However, over the years this model will be unstable, as more and more active population and therefore fewer people to care for these people. This role involves many complications for the health of caregivers. The main ones are fatigue, anxiety, depression and incuso especially joint pain. It is for this reason that caregivers need aid as residences day assessment by the Law Unit, etc. Thus, they can rest and spend more time for themselves. We often focus solely on the dependent person to offer everything to increase their quality of life, and we forget the caregivers, who are fundamental in making care for these people, and they are also human beings who are entitled care. Therefore, it is necessary that the Family and Community Nursing, include caregivers in the Family Care Plan, to meet and meet their needs as anyone. That is why, so I realize this project, because in my opinion, the work done by carers not valued as such and deserve that assessment, plus my curiosity about the subject. Thanks to the different databases available to us, I managed to do this work, I hope it can serve as a guide for primary health professionals, particularly care.

Keywords: family caregiver, nursing care plan COPD dependence.

1.2. MARCO TEÓRICO

La EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) es una patología de carácter crónico, prevenible y tratable que afecta al aparato respiratorio. Se caracteriza por una obstrucción persistente de las vías respiratorias, que dificulta el paso del flujo aéreo. Está asociada a una reacción inflamatoria exagerada de las vías aéreas y del parénquima pulmonar frente a la inhalación de determinadas partículas y gases.¹⁸

El síntoma más característico de la EPOC es la disnea, que comienza siendo de esfuerzo para evolucionar a una disnea de reposo. La disnea forma parte de una de las principales causas de avisos domiciliarios, por lo que es fundamental la educación sanitaria sobre la EPOC, para el manejo efectivo de esta patología.¹⁴ Además, otros síntomas prodrómicos son la tos y la expectoración.¹⁸

Uno de los cuidados más relevantes de la EPOC es, prevenir las exacerbaciones, que consisten en una mala evolución con respecto al estado previo del paciente.¹⁰

A pesar del tratamiento para esta patología, la función pulmonar se va deteriorando progresivamente, y llega un momento en el que el paciente se encuentra limitado para realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), creando así, una discapacidad y dependencia.¹⁸

Es una de las enfermedades de mayor prevalencia, morbilidad y mortalidad en los países desarrollados.⁹ En España afecta hasta un 10,2% de los habitantes de edad comprendida entre los 40 y 80 años.^{9, 12}

Según el Instituto Nacional de Estadística, en España, en el año 2013, el número de muertes por EPOC por cada 100.000 habitantes fue de 3.421 hombres y 4368 mujeres en un rango de edad comprendida entre los 90 y 94 años. En Andalucía, en el mismo año, se registró un número de muertes de 397 en varones y 549 en mujeres de esa misma edad. Y en la provincia de Jaén, el número de muertes fue de 51 en varones y 60 en mujeres.¹¹ Independientemente de la edad, por lo general, la EPOC es más frecuente en varones de mayor edad.^{9, 12} Además es una de las principales causas de muerte, siendo la cuarta en hombres.^{11, 14}

Los países desarrollados están experimentando un incremento de la esperanza de vida, y por tanto existe una mayor proporción de población anciana.⁴

La EPOC, que conlleva a una incapacitación para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), junto con ese incremento de la esperanza de vida, da lugar a una mayor proporción de personas que necesitan cuidados y un empeoramiento en la calidad de vida y por tanto se crea una mayor dependencia en dichas personas.^{4, 12, 13, 15} Además, en España, este fenómeno, se está dando a mayor velocidad que en otros países.¹⁷

La familia es la organización que siempre se ocupa de cuidar al anciano dependiente en su hogar, es decir el cuidado familiar, que se ayuda del cuidado prestado por los profesionales sanitarios.¹

Solamente, una pequeña fracción de los cuidados la llevan a cabo los profesionales de salud, siendo ésta de un 12%, mientras que un 88% lo llevan a cabo los cuidadores en el hogar de la persona con dependencia.¹⁷

En Andalucía se estima que hay cerca de 130.000 cuidadores de personas dependientes.¹ La mayoría, son mujeres, amas de casa, con algún tipo de parentesco y con una edad aproximadamente entre 45 y 65 años, sin estudios y sin ninguna retribución.^{1, 15} Además la mayoría viven con la persona dependiente.¹⁵ En un estudio se vio que un 84% de los cuidadores vivían con más de un familiar del paciente y un 53,2% eran cuidadores únicos.⁴

Sin embargo, este patrón será inestable, a causa de las modificaciones que están surgiendo en la población. Conforme pasa el tiempo, aumenta la población activa, como consecuencia de la incorporación de la mujer al mundo laboral, y por tanto existe una menor proporción de personas que puedan dedicarse a cuidar a otras. Por ello, el deseo de estas personas de querer seguir en sus domicilios, corre peligro de desaparecer.⁵

Por esta misma razón, es tan importante crear servicios que ayuden a los cuidadores en esta tarea, para que puedan complementar trabajo, cuidados, ocio, y así sentirse apoyados.⁵

Por ello y para cubrir las necesidades de descanso para los cuidadores, se crearon los servicios de respiro o relevo. De esta forma, pueden disponer de tiempo para ellos.²

Pueden ser de unas horas o incluso de varios días durante la semana. Pero lo cierto es que apenas se utilizan y si lo hacen es como última opción. En un estudio se comprobó que más que aliviar, incluso aparece un sentimiento de culpa por no atender a la persona dependiente durante ese tiempo.²

No obstante, es muy importante que los cuidadores se tomen tiempo libre para sentirse tranquilos con ellos mismos.²

Sin embargo, existen otro tipo de servicios costosos que debido a la crisis económica, muchas personas no pueden pagar, ya que en algunos casos, éstos se encuentran muy restringidos por el dinero, como es el caso de algunas residencias geriátricas.^{1, 17}

El cuidado que ofrecen las cuidadoras a estas personas es una obligación en cierto modo. Tienen sentimientos de deber, por el hecho de no decepcionar a esas personas que, en algunos casos, tanto cariño les han dado a lo largo de su vida.¹⁷

Los cuidadores sienten tranquilidad al realizar éstas tareas, pero al mismo tiempo les supone sacrificar su propia vida cada día.¹ En un estudio realizado, todos los cuidadores afirmaron estar a cargo del paciente a lo largo de todo el año.⁷

Gran parte de las familias consiguen hacerse a la nueva situación, pero también es cierto que pasan por momentos muy difíciles.⁷ La ayuda que dan los cuidadores a estas personas es continua y se intensifica conforme la dependencia se hace mayor.⁶

Con mucha frecuencia, las personas que padecen o sufren de alguna afección crónica, se sienten muy inseguros e incapacitados a la hora de realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), debido a que son enfermedades incapacitantes, como he mencionado anteriormente. Sin embargo, al establecer un “vínculo especial” con su cuidadora, esos sentimientos cambian positivamente.¹⁶

Para poder establecer ese tipo de vínculo entre el cuidador y la persona enferma crónica, influyen varios factores. Por ejemplo, la relación difiere si se presta la ayuda desde el comienzo de la afección o una vez que el paciente la acepta y aprende a vivir con ella.¹⁶

Los cuidados aplicados abarcan muchas actividades hacia el paciente, desde la necesidad más básica, como alimentar, lavar, movilizar, hasta administrar un medicamento o curar y acompañar durante todo el día.^{1, 17}

Estos cuidados que la cuidadora ofrece, varían en función del tipo de relación entre ésta y la persona enferma.¹⁶

En dicha relación, juegan un papel fundamental, la familia del paciente, el tiempo y la situación general en la que se encuentran.¹⁶

En la mayoría de casos, se consigue entablar ese “vínculo especial”, y tanto cuidador como paciente se sienten acompañados el uno con el otro, siendo una oportunidad para compartir experiencias. Como consecuencia de ese vínculo, las situaciones se van aceptando, además, el dolor y temor van disminuyendo.¹⁶

En el caso del paciente con EPOC, con cada exacerbación, la relación y vínculo paciente-cuidador se vuelven más intensos. Además, con la ayuda y soporte de la enfermera, el vínculo crece aún más.¹⁶

Por otra parte, la labor encomendada por los cuidadores no es reconocida dentro de la familia, siendo esto lo más difícil de llevar, por ello es tan importante el papel que desempeña la enfermera de familia, por la gran ayuda y reconocimiento que le da al cuidador, haciéndole sentir mejor.¹

Es fundamental que el personal sanitario, sepa cómo es esa familia, ya que de esta forma podrá obtener más información sobre cómo toman decisiones u organizan los medios de los que disponen o cómo son capaces de conseguirlos. Así, los profesionales pueden programar tareas con respecto a las necesidades de la enfermedad del paciente.¹⁷

La aparición de un familiar que necesita cuidados, conlleva una nueva fase en la que se crean muchas y fundamentales modificaciones dentro de la familia. Estas modificaciones, en ocasiones, pueden desestabilizar la armonía familiar y primordialmente, al cuidador de la persona dependiente, el cual, lleva la mayoría del peso emocional.⁴ Esto es lo que provoca la carga del cuidador o el denominado síndrome del cuidador.⁶

El impacto de los cuidados en el cuidador se divide frecuentemente en aspectos económicos y no económicos. Los económicos abarcan aquellos cuidados que requieren de dinero y afectan a su vida. Los no económicos son considerados como aquellos que implican la calidad de vida, como comodidad, felicidad, tranquilidad y salud, tanto en relaciones como en actividades.³

Cuidar a estas personas, supone en ocasiones alteraciones del sueño, estar cansado, limitación del tiempo para hacer otras actividades, incluso no poder disfrutar unas vacaciones o ver a la familia y amigos.² Además supone la aparición, de dolor articular, el cual sufren una gran parte de los cuidadores,³ además de frecuentes cefaleas.⁶

El dolor principal que éstas presentan es de tipo lumbar, cervical y en los miembros superiores, debido al desplazamiento del paciente para todo tipo de necesidades que requiere como aseo, baño, vestimenta, etc. La intensidad del dolor oscila desde una puntuación de cuatro a ocho en la escala del dolor numérica verbal (anexo 6), siendo este último el mayor percibido por muchas cuidadoras.⁶

La mayoría de estas cuidadoras, son mujeres de una edad aproximadamente de 50 o más años y esto favorece la presencia de patología osteomuscular, especialmente en la zona de la espalda.⁶

El dolor de los cuidadores es reconocido como una enfermedad por ellos mismos, sin embargo, no siendo valorado en muchos casos por los profesionales sanitarios.⁶ Se debería tener en cuenta para poder realizar un plan de cuidados integral a la cuidadora.⁶ Por tanto el dolor está directamente relacionado con la carga que presenta el cuidador, debido a que el cuidado ejerce un efecto estresante aumentando la carga y por consiguiente el dolor.⁶

Los efectos negativos más importantes vinculados con la salud son emocionales, tales como la ansiedad, depresión y sentimientos de culpa.³ En contraposición, los principales efectos positivos son la paz y felicidad por prestar ayuda, mayor confianza y aplomo en uno mismo a la hora de realizar ciertas actividades.³

Existen diferentes cuestionarios que evalúan el nivel de sobrecarga del cuidador, y las consecuencias que conlleva este rol.⁴

En un estudio, se pasaron estos cuestionarios a diferentes cuidadoras familiares y el resultado afirmó que un 66,4% mostraban sobrecarga, un 48,1% afirmaban que su nivel de salud era malo, un 60,3% presentaban ansiedad y un 46,2% depresión.⁴ A pesar de los inconvenientes, sienten felicidad con ellos mismos por realizar esta tarea.³

Los cuidadores dan menos importancia a sus síntomas debido a que los comparan con los de la persona dependiente, pero lo cierto es que es muy importante que se valoren por su bien y el de los pacientes.⁷

Desde que se aprobó el Decreto de Apoyo a las Familias Andaluzas, el 30 de Abril de 2002, las personas cuidadoras son candidatas a recibir atención en los Servicios Sanitarios.¹

Existen algunos servicios en los que solamente se da importancia a la persona dependiente, viendo al cuidador como un simple medio. ⁵ A partir del Decreto de Apoyo a las familias Andaluzas, se está comenzando a valorar al cuidador como una persona más que necesita ser ayudada, debido a que es la persona que más nos va a aportar sobre la situación familiar, problemas, necesidades, cuidado, etc. sin desvalorar a los demás miembros de la familia.⁵

Por todo ello y para garantizar la calidad del cuidado, es importante valorar las necesidades de la persona dependiente sin olvidar las de sus familiares. Los profesionales sanitarios debemos hacer un plan de cuidados orientado a la familia en su conjunto como una unidad y así ayudarlos con diferentes medidas de apoyo. La Enfermería Familiar y de Salud Comunitaria considera a la familia como una unidad. Trabaja con cada uno de los integrantes intentando que vean sus errores y asumirlos para poder solucionarlos, destacando sus cualidades y ofreciéndoles apoyo.⁵

En resumen, como profesionales sanitarios, tenemos la obligación de valorar a la familia como un todo incluyendo a los cuidadores, para obtener un plan de cuidados efectivo.

1.3. JUSTIFICACIÓN

Debido a la práctica asistencial de mi formación como enfermera y ser consciente de la cantidad tan elevada de cuidadoras familiares que existe, comencé a interesarme por el tema. Sentí curiosidad sobre por qué existe un porcentaje tan alto de cuidadoras, qué tipo de ayudas se les ofrece a las mismas, o qué consecuencias conlleva desempeñar este rol, entre otras.

Antes de decidirme finalmente por este tema para el proyecto, investigué junto con mi tutor, un poco para informarme. El porcentaje tan alto de cuidadoras, se debe al incremento de personas enfermas crónicas dependientes que necesitan de atención constante, unido a la situación económica de las familias de estas personas, que no pueden pagar otro tipo de ayudas como por ejemplo la estancia en una residencia.

El rol de cuidador repercute negativamente en la salud de los mismos y aparecen principalmente, dolencias musculares o articulares e incluso depresión y ansiedad.

Es por esto que, decidimos finalmente realizar este proyecto, ya que muchas veces nos centramos en la persona dependiente y no vemos que para poder realizar un plan de cuidados integral hacia la persona enferma, necesitamos incluir en él a la cuidadora, convirtiéndola así en, parte del plan de cuidados tanto como persona a la que se le presta cuidados, como un recurso más del mencionado plan, pasando así a ser un activo de salud.

1.4. METODOLOGÍA

Para poder realizar el trabajo, en primer lugar elegimos el tema. Me puse en contacto con mi tutor y comenzamos a trabajar en este proyecto. Al tenerlo tan claro, comenzamos a realizar la búsqueda bibliográfica en muchas bases de datos como: cuiden, scielo, pubmed, Cochrane, IME; Sobre este tema solamente pudimos encontrar información en IME, Cochrane y donde más en Scielo. Una vez tuvimos la información, realizamos un estudio exhaustivo sobre este tema y por último comenzamos a marcar lo más importante y lo que consideramos que teníamos que incluir en este proyecto. Cuando ya tuvimos lo más importante sobre el tema, comenzamos a redactar el marco teórico. Posteriormente seguimos el orden de este índice.

El caso clínico es real, y me puse en contacto con esta cuidadora, porque la conocía y me causaba curiosidad su situación. A través de entrevistas y cuestionarios, recogimos toda la información posible.

Los diagnósticos y su resolución los elaboramos con ayuda de la bibliografía NANDA, NIC, NOC, además de información de talleres que se han realizado a cuidadoras en esta situación.

La bibliografía la realizamos según las normas de Vancouver. El apartado de Anexos lo incluimos, porque nos parecía importante documentar el resultado de todos los cuestionarios, escalas y tests que le habíamos realizado a la cuidadora familiar.

Todos los datos del caso clínico (nombres) no son reales. Los sustituimos por otros para respetar el derecho de intimidad de la familia.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Realizar un plan de cuidados a una cuidadora familiar con diagnóstico de cansancio del rol de cuidador, para revertir este diagnóstico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Investigar sobre el tipo de ayudas a las que tiene acceso y puede solicitar una cuidadora familiar.
- Investigar las causas por las que se ha incrementado el número de cuidadoras familiares.
- Conocer las consecuencias generales de las cuidadoras familiares al desempeñar este rol.
- Conocer los datos más relevantes sobre la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
- Conocer las causas por las que la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica puede llegar a ser tan incapacitante.

3. DESCRIPCIÓN DEL CASO

3.1. DATOS BÁSICOS

DATOS BÁSICOS DE LA FAMILIA:

Familia Zafra. La fecha de valoración data del 20/10/15. Las cuidadoras familiares son María y Eugenia (nos centramos en este caso en María). La persona dependiente es su padre, José.

DATOS BÁSICOS DE LA PERSONA DEPENDIENTE:

José, varón de 94 años, diagnosticado de EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica). Comienza con un estado de dependencia en el año 2009, hasta hoy. El grado de dependencia actual es una dependencia total. Tiene un Índice de Barthel (Anexo 1) con una puntuación de 0 puntos. No padece de ningún tipo de trastorno neuropsiquiátrico. No pone ninguna resistencia a ser cuidado. Se encuentra valorado por la Ley de Dependencia y recibe una pequeña remuneración económica. José no sabe leer ni escribir. Dispone del servicio de Teleasistencia. En el último año ha sido ingresado dos veces a causa de reagudizaciones de la enfermedad.

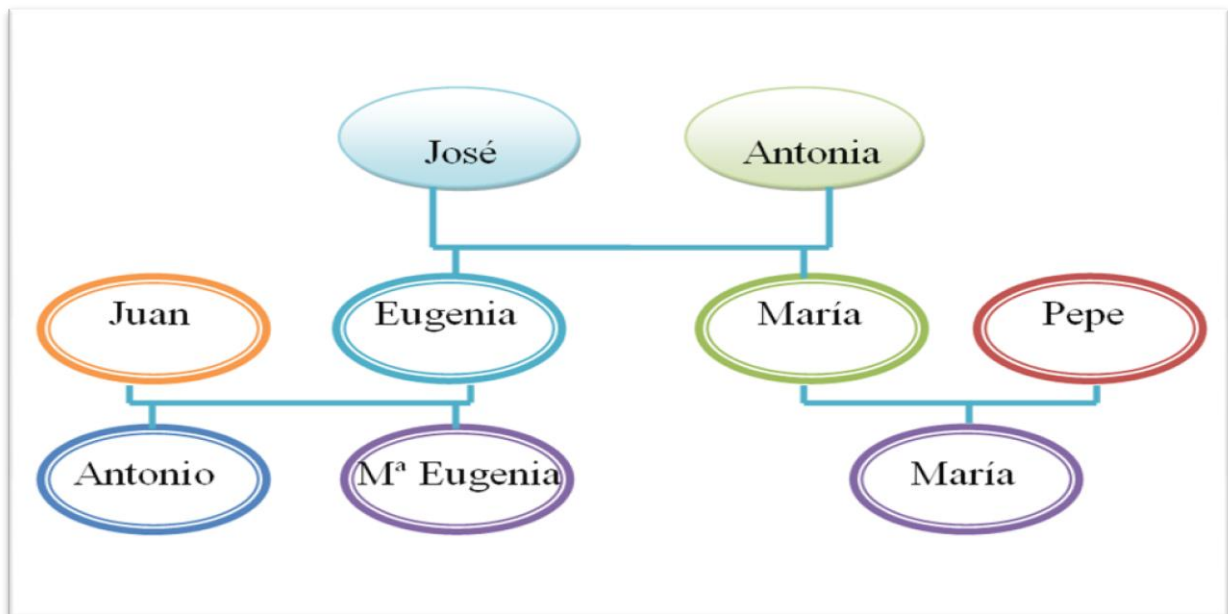
3.2. MIEMBROS DE LA FAMILIA

MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE RESIDEN EN EL MISMO DOMICILIO:

María y Eugenia son las dos hijas y cuidadoras de José. María tiene 65 años y Eugenia tiene 69 años. Ambas están jubiladas. Antonia es la esposa de José. Tiene 95 años, y padece de demencia. Todos ellos residen en el mismo domicilio. María y Eugenia se turnan en los cuidados durante una semana cada una.

MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE NO RESIDEN EN EL MISMO DOMICILIO:

Pepe es el marido de María. Tiene 68 años y se encuentra jubilado. María y Pepe tienen una hija, María de 24 años, es opositora. Juan es el marido de Eugenia. Tiene 71 años y también está jubilado. Eugenia y Juan tienen dos hijos Antonio y M^a Eugenia. Antonio, de 45 años es profesor, M^a Eugenia de 40 años es logopeda.



3.3. PATRONES FUNCIONALES FAMILIARES:

Esta familia recibe muchas visitas durante el día, especialmente de vecinos y amigos. Respecto a la comunicación familiar, los problemas los resuelven, buscando soluciones y apoyo siempre dentro de la propia familia. Respecto a la toma de decisiones, se deciden entre todos y en consenso con todos los miembros de la familia. En cuanto a la distribución de tareas, las realiza una persona y ocasionalmente ayuda algún familiar. Por otra parte, existe un horario preestablecido de comidas y la familia comparte aficiones como el deporte, correr, etc. Respecto a la situación de la familia, no ha habido ningún cambio que haya repercutido en su armonía. Por último, resaltar que los cuidados del familiar los llevan a cabo las hijas alternándose.

3.4. CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO MEDIO AMBIENTAL:

Respecto a la vivienda, se trata de una vivienda unifamiliar. Dispone de 8 habitaciones, con mucho espacio y privacidad, además de agua corriente, agua caliente, calefacción, aire acondicionado y alcantarillado. Tiene dos baños, uno de ellos adaptado. La casa se encuentra ventilada y es muy soleada. Se conserva adecuadamente y la limpieza es adecuada.

Respecto a la zona, dispone de todo tipo de establecimientos: de comida, farmacia, centro de salud, parques, zonas deportivas, centro cultural, club del pensionista, colegios y guarderías. La persona dependiente no hace uso de ellos, sin embargo la cuidadora sí.

3.5. SEGURIDAD DE LA VIVIENDA (Anexo 2).

3.6. DATOS BÁSICOS DE LA CUIDADORA FAMILIAR:

María, mujer de 65 años. Se encuentra jubilada. Anteriormente, empleada de banca. Respecto al nivel de estudios, ha cursado estudios universitarios. Es la cuidadora principal junto a su hermana. Dedicar 24 horas al cuidado de su padre durante una semana entera, ya que se turna con su hermana por semanas. En esta situación llevan dos años, pero anteriormente, ya comenzaron a proporcionarles cuidados en menor medida. No reciben ninguna compensación económica por cuidar de su padre, excepto una pequeña ayuda por parte de la Ley de Dependencia. También disponen de una empleada del hogar que les ayuda unas 7 horas diarias para lavar, hacer la comida, asear a José, principalmente. No dispone de ayudas técnicas para el cuidado de su familiar. No ha participado en Talleres para Cuidadoras debido a la falta de tiempo. No dispone de la Tarjeta + Cuidado.

4. VALORACIÓN, PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA CUIDADORA

4.1. VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES:

Patrón de percepción y manejo de la salud:

En general, la cuidadora percibe su salud como buena. Nunca ha tenido ningún problema grave, sí algún que otro catarro. Ella acude a todas las visitas necesarias para mantener su salud: vacunaciones, revisiones médicas, etc. También realiza actividades en beneficio propio como cuidar la alimentación o realizar autoexploraciones mamarias, etc. Fuma, aunque muy ocasionalmente, en algún tipo de evento, por ello no desea dejarlo, porque refiere no fumar apenas. Respecto al alcohol, se toma alguna cerveza o vino cuando sale con los amigos. Los fármacos que más toma son analgésicos y protector de estómago. Me refiere que lo más importante para ella es sentirse bien física y emocionalmente.

Patrón nutricional-metabólico:

Peso: 54 kg	Talla: 158 cm	IMC:21,63	¿Obesidad? Tipo: Ninguna
--------------------	----------------------	------------------	---------------------------------

Respecto a su apetito, me comenta que en los últimos meses ha aumentado. Sin embargo, a pesar de esto, ha perdido peso. Desayuna todos los días un café con leche y dos tostadas. Al medio día, unas veces come carne, otras, pescado y otras legumbres. Para la cena, al igual que al medio día, va variando los alimentos. No sigue ningún tipo de dieta. Bebe al menos cuatro vasos de agua diarios y una cerveza sin alcohol algún que otro día. No presenta ningún tipo de problemas de masticación, deglución, digestivos o bucodentales. Tampoco presenta ningún problema en la piel (sequedad, lesiones).

Patrón de eliminación:

Respecto al patrón de eliminación intestinal, la frecuencia es de una o dos veces diarias, con características normales, sin molestias y sin hacer uso de laxantes. Respecto al patrón de eliminación urinaria, la frecuencia es de cuatro o cinco veces diarias, con características normales. No presenta incontinencia. Tampoco sudoración excesiva.

Patrón de actividad-ejercicio:

La cuidadora presenta la fuerza y energía suficiente para realizar las actividades básicas de la vida diaria. No presenta caídas de ningún tipo. Sus tareas principales en casa son la compra y la limpieza. No realiza ningún tipo de ejercicio y se reúne con los amigos los fines de semanas, pero no todos.

Actividades Básicas de la Vida Diaria según “Índice de Barthel. (Anexo 3).

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria según “Escala de Lawton y Brody. (Anexo 4).

Patrón sueño-descanso:

Normalmente se encuentra descansada, pero hay algunos días que está muy cansada. Presenta problemas con el sueño. Nos comenta que después de la comida del medio día ocasionalmente tiene periodos de relax y antes de irse a dormir.

Cuestionario Oviedo del Sueño (Anexo 5). Resultado: 31 puntos que significa que su insomnio es grave.

Patrón cognitivo-perceptual:

Presenta miopía leve, por lo que el uso de gafas es opcional. Se las pone a ratos. No tiene ninguna alteración de los sentidos del gusto, olfato y tacto. Le cuesta mucho concentrarse porque nos refiere tener muchas preocupaciones. Normalmente no le cuesta tomar decisiones, aunque nos comenta que dependiendo del tipo de decisión. A veces siente dolor muscular o cefalea que combate con analgésicos.

Escala Numérica de Valoración del Dolor. (Anexo 6). Resultado: 4.

Patrón de autopercepción-autoconcepto:

Ella se ve a sí misma un poco decaída. Sabe que se han producido muchos cambios en su cuerpo y ella lo ve normal, por la edad. No suele estar enfadada ni siente miedo o aburrimiento.

Cribado Ansiedad Depresión – Escala de Goldberg (Anexo 7). Resultado: 13. Indicador de Ansiedad y Depresión.

Me comenta tener miedo ante la enfermedad de su padre (EPOC), debido a que se encuentra reagudizado y se siente mal por los últimos dos ingresos porque no sabe cómo llevar la enfermedad.

Patrón de rol-relaciones:

María, vive con su marido y su hija, excepto las semanas que tiene que cuidar al padre, entonces conviven con él, ya que se turna con su hermana por semanas. No existe ningún tipo de problema familiar.

Cribado para detectar la violencia contra la mujer-Test Wast (Anexo 8). Resultado: No violencia.

Tampoco existe ningún problema en las relaciones con sus familiares. Percepción de la Función Familiar- Test de Apgar Familiar (Anexo 9). Resultado: 10. Normofuncional.

Su familia opina que es buena cuidadora. Valoración de la Carga Subjetiva del Cuidador. Escala de Sobrecarga del Cuidador- Zarit (Anexo 10). Resultado: 70. Sobrecarga intensa. Tiene muchos amigos. No se siente sola nunca. Cuestionario de Apoyo Social Percibido – Duke Unc (Anexo 11). Resultado: 54. Apoyo normal.

Patrón de sexualidad-reproducción:

Tiene una hija. No presentó ningún problema durante el embarazo ni trabajo de parto. En este momento, tiene la menopausia. El hecho de tener que cuidar de su padre no interfiere en la intimidad con su pareja, y por ello no ha presentado cambios en las relaciones sexuales y además son satisfactorias.

Patrón de afrontamiento-tolerancia al estrés:

Últimamente, no ha habido ningún cambio importante en su vida. Si se presenta algún problema, intenta resolverlo ella sola y si no puede, recurre a su familia. No hace uso de medicamentos cuando se encuentra mal emocionalmente. Normalmente se encuentra con fuerzas para resolver los problemas y además cuenta con vecinas y amigas a las que les cuenta sus preocupaciones y que la ayudan.

Patrón de valores-creencias:

Generalmente, consigue todo lo que se propone en la vida. Sin embargo, no tiene planes de futuro. Ella vive el día a día. La religión es muy importante para ella, y le ayuda mucho, pero el tener que cuidar de su familiar a veces le dificulta su práctica, pero nos comenta que está justificado. De la enfermedad y la muerte, opina que a veces no se debería alargar tanto el sufrimiento que produce la enfermedad. Respecto al motivo que le ha llevado a cuidar de su familiar, ha sido el cariño de una hija hacia su padre.

PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS DE LA CUIDADORA:

Patrón del sueño y descanso: alterado, ya que la cuidadora nos informa que tiene problemas para dormir y en el cuestionario Oviedo del sueño la puntuación es de 31 puntos. Basándonos en esta puntuación, podemos diagnosticar alteración del patrón del sueño, tipo insomnio.

Patrón de autopercepción-autoconcepto: alterado, ya que la cuidadora nos comenta que se encuentra un poco decaída y en el cuestionario de Cribado Ansiedad-Depresión la puntuación es de 13 puntos, lo que indica que tiene ansiedad y depresión leve.

Además nos refiere no saber cómo tratar la enfermedad de su padre en esta fase, y siente miedo por lo que le pueda pasar. Teme que cada reagudización sea más grave que la anterior.

4.2. PLAN DE CUIDADOS:

FASE DIAGNÓSTICA:

Tras realizar la valoración enfermera de la cuidadora, he detectado los principales diagnósticos Nanda (North American Nursing Diagnosis Association) ¹⁸, ya que sus necesidades influyen directamente en los cuidados de la persona dependiente:

Diagnósticos NANDA¹⁸			
Código Diagnóstico	Etiqueta Diagnóstica	Factores Relacionados	Características Definitorias
00146	Ansiedad	Estrés	Falta de tranquilidad
00095	Insomnio	Temor	Expresión de dificultad para permanecer dormida
00061	Cansancio del rol de cuidador	Responsabilidad de los cuidados continuos durante 24 horas	Expresiones de agotamiento y falta de tiempo personal para sí misma

FASE DE PLANIFICACIÓN:

A continuación, se presentan los objetivos e indicadores para cada uno de los diagnósticos detectados, así como las intervenciones y actividades más adecuadas para cada uno de ellos.

1. Ansiedad r/c estrés m/p falta de tranquilidad¹⁸			
Objetivo NOC¹⁹	Indicadores	Evolución	
		Valor actual	Valor diana
1402 Autocontrol de la ansiedad	140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad	1	4
	140212 Mantiene la concentración	2	4
	Escala Likert: Nunca demostrado (1) – Siempre demostrado (5).		
Intervenciones NIC²⁰	Actividades		
5820 Disminución de la ansiedad	Reforzar el comportamiento.		
	Crear un ambiente que facilite la confianza.		
	Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.		
5880 Técnica de relajación	Sentarse y hablar con el paciente.		
	Favorecer una respiración lenta, profunda, intencionadamente.		
	Ofrecer un baño o ducha caliente.		

2. Insomnio r/c temor m/p expresión de dificultad para permanecer dormida.¹⁸			
Objetivo NOC¹⁹	Indicadores	Evolución	
		Valor actual	Valor diana
2002 Bienestar personal	200208 Satisfacción con la capacidad de relax	1	3
	Escala Likert: No del todo satisfecho (1) – Completamente satisfecho (5).		
0004 Sueño	000404 Calidad del sueño	2	4
	Escala Likert: Gravemente comprometido (1) – No comprometido (5).		
Intervenciones NIC²⁰	Actividades		
1850 Mejorar el sueño	Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente.		
	Proporcionar folletos informativos sobre técnicas favorecedoras del sueño.		
	Ayudar al paciente a evitar a la hora de irse a la cama los alimentos y bebidas que interfieran con el sueño.		
5230 Aumentar el afrontamiento	Proporcionar información objetiva sobre diagnóstico, tratamiento y pronóstico.		
	Disponer un ambiente de aceptación.		

3. Cansancio del rol de cuidador r/c responsabilidad de los cuidados ¹⁸ continuos durante 24 horas m/p expresiones de agotamiento y falta de tiempo personal para sí misma.			
Objetivo NOC ¹⁹	Indicadores	Evolución	
		Valor actual	Valor diana
2508 Bienestar del cuidador familiar	250804 Satisfacción con la realización de los roles habituales	2	4
	250809 Satisfacción con el rol de cuidador familiar	2	4
	Escala Likert: No del todo satisfecho (1) – Completamente satisfecho (5).		
Intervenciones NIC ²⁰	Actividades		
5240 Asesoramiento	Establecer metas.		
	Favorecer la expresión de sentimientos.		
7040 Apoyo al cuidador principal	Determinar la aceptación del cuidador de su papel.		
	Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo.		

4.3. EJECUCIÓN

Para poder trabajar sobre los diagnósticos, seguimos el orden de priorización, y organizamos seis visitas mínimas para trabajar sobre los diferentes diagnósticos. En las dos primeras sesiones tratamos la ansiedad. En la primera visita, creamos, en primer lugar, un ambiente adecuado para propiciar la confianza.

A partir de ahí hablamos con la cuidadora, para informarnos mejor de la situación y qué factores la llevan a esa ansiedad y nerviosismo. En este caso, los factores que provocan ansiedad en la cuidadora son principalmente, la falta de tiempo para realizar todas las actividades de su casa, durante la semana que está de descanso. Quiere llevarlo todo bien y adelante ella sola y de ahí el problema. Le recomendamos, que pida ayuda con las tareas de la casa a su hija y marido. Le explicamos, que la ansiedad puede tener consecuencias tales como la tensión muscular en diferentes zonas del cuerpo. Para esto, cuando sienta ansiedad, debe parar de realizar cualquier tarea, sentarse y comenzar a realizar una serie de respiraciones profundas y no pensar en nada más, solamente en su respiración.

En la segunda sesión, valoramos a la cuidadora nuevamente, le preguntamos si le ha funcionado. En este caso, funcionó, pero seguía sintiéndose un poco nerviosa. Por ello, le recomendamos otras técnicas de relajación, además de lo anterior. Le aconsejamos comprarse un libro de técnicas de relajación para realizarlas en casa al menos diez veces al día y además le enseñó alguna. Por ejemplo: Pensar en una frase que le anime y al mismo tiempo que la piensa, comience a respirar profundamente, repitiéndose la frase para sí misma.

En las dos siguientes visitas trataremos el insomnio. En la tercera sesión, me comenta que durante la tarde se echa pequeñas siestas, pero por la noche se despierta y no puede volver a conciliar el sueño. Esos desvelos, se deben a la ansiedad y estrés acumulados día tras día, además del temor que siente a que le pase algo a su padre. Por ello, es fundamental realizar las técnicas de relajación, de este modo conseguimos mejorar este problema. Además, le entregamos un folleto con alimentos que debe evitar comer antes de dormir y alimentos que facilitan el sueño (Anexo 12). También le recomendamos darse una ducha con agua caliente antes de irse a dormir o tomar alguna infusión caliente.

En la cuarta visita, volvemos a evaluar su estado y su seguimiento con las recomendaciones dadas. Le animamos a seguir, y le preguntamos cómo se siente y le resolvemos cualquier duda que pueda tener.

En las dos últimas visitas, trabajamos el cansancio que sufre respecto al rol de cuidador. En la quinta visita, nos comenta que se siente cansada porque no tiene tiempo para ver a sus amigos, ni tiempo para ella misma.

Le animamos y comentamos que es cuestión de organizarse y saber desconectar también, ya que me dice que durante su semana de descanso, también está preocupada por su padre y va a la casa por si necesitan algo y ver cómo está. Le proponemos que durante su semana de descanso solamente realice una visita a casa de su padre durante una hora u hora y media como máximo al día. El resto, debe organizarse, y por ejemplo, por la mañana realizar tareas de la casa con la ayuda de su hija y marido, y por la tarde descansar, y realizar alguna actividad que le guste como pilates, yoga o incluso leer o escuchar música, quedar con sus amigos, etc. Le comentamos que es muy importante relacionarse, y no encerrarse en los problemas. E incluso durante esa semana, hacer algún viaje de vez en cuando.

En la última visita, volvemos a valorar la situación, le seguimos animando para que realice todo lo aconsejado y resolvemos dudas. Además, seguimos en contacto con ella para corregir cualquier otro problema o para cualquier necesidad. Le aconsejamos y animamos a participar en talleres y grupos de apoyo donde se va a seguir trabajando todo lo anterior.

5. EVALUACIÓN

Una vez realizado el plan de cuidados, tras 5 meses, conseguimos mejorar el estado en el que se encontraba la cuidadora. Su familia se implicó en las tareas de la casa, a pesar de que su hija es opositora, sacaron tiempo para ayudar y la cuidadora consiguió organizarse algo mejor, y la semana que descansaba, se encontraba mucho más tranquila, y con tiempo para ella y para salir con sus amigas. No obstante, durante su semana de descanso, continúa preocupándose mucho por el cuidado de su padre, y no consigue desconectar del todo.

Comenzó a descansar mejor, al estar más relajada con las recomendaciones puestas en práctica, como las técnicas de relajación y consiguió tener más horas de sueño de las que tenía, y estar por las mañanas mucho más motivada y con más energía. Hemos conseguido que la cuidadora consiga la puntuación de resultados que le propusimos en dos de los tres diagnósticos detectados. No obstante, ella seguirá trabajando con las recomendaciones dadas, para seguir mejorando su estado. Así es su estado actual:

1. Ansiedad r/c estrés m/p falta de tranquilidad				
Objetivo NOC ¹⁹	Indicadores	Evolución		
		Valor inicial	Valor actual	Valor diana
1402 Autocontrol de la ansiedad	140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad	1	4	4
	140212 Mantiene la concentración	2	4	4
	Escala Likert: Nunca demostrado (1) – Siempre demostrado (5).			

2. Insomnio r/c ansiedad m/p expresión de dificultad para permanecer dormida.				
Objetivo NOC¹⁹	Indicadores	Evolución		
		Valor inicial	Valor actual	Valor diana
2002 Bienestar personal	200208 Satisfacción con la capacidad de relax	1	3	3
	Escala Likert: No del todo satisfecho (1) – Completamente satisfecho (5).			
0004 Sueño	000404 Calidad del sueño	2	4	4
	Escala Likert: Gravemente comprometido (1) – No comprometido (5).			

3. Cansancio del rol de cuidador r/c responsabilidad de los cuidados continuos durante 24 horas m/p expresiones de agotamiento y falta de tiempo personal para sí misma.				
Objetivo NOC¹⁹	Indicadores	Evolución		
		Valor inicial	Valor actual	Valor diana
2508 Bienestar del cuidador familiar	250804 Satisfacción con la realización de los roles habituales	2	3	4
	250809 Satisfacción con el rol de cuidador familiar	2	3	4
	Escala Likert: No del todo satisfecho (1) – Completamente satisfecho (5).			

6. DISCUSIÓN

Este es uno de los muchos casos de cuidadoras que se nos pueden presentar en nuestro día a día como profesionales sanitarios.

Respecto a la práctica clínica, y como mencionamos en el marco teórico, es importante que la cuidadora o cuidador familiar se incluya en el Plan de Cuidados, puesto que es la persona que realiza los cuidados a otra con dependencia y además es parte de la familia y por tanto, comunidad. Los diagnósticos detectados en esta cuidadora, son los que con más frecuencia nos encontramos en otros casos. Por ello, este Plan de Cuidados que he realizado, podría servir de guía a otros enfermeros/as que lo necesiten. La Educación para la Salud es fundamental, para asesorar de forma adecuada a las cuidadoras. Es muy importante, realizar varias sesiones y organizarlas por diagnósticos e intervenciones y dejar alguna sesión para resolver dudas que se plantee nuestra cuidadora. También podemos realizar visitas periódicas al domicilio familiar, para observar si hay una evolución a mejor de esos problemas.

Respecto a los resultados obtenidos en este proyecto, destacamos lo siguiente en comparación con los de los documentos consultados para la realización del mismo. En este caso clínico, la cuidadora familiar es mujer, con una edad de 65 años, y presenta parentesco con la persona dependiente a la que cuida, puesto que es su hija y además, se encarga de los cuidados las 24 horas del día. Respecto al estudio "Percepción del cuidado por parte del cuidador familiar"¹, la mayor parte de las cuidadoras son mujeres, con una edad comprendida entre los 55 y 65 años, con algún parentesco con respecto a la persona dependiente y cuyo cuidado normalmente abarca las 24 horas diarias. Por otra parte, la cuidadora de este caso, nos comenta que el desempeño de este rol, le satisface en cierto sentido, porque siente que es algo que le debe a su padre. Al igual que en este estudio, la mayoría de las cuidadoras piensan de forma similar. Respecto al apoyo familiar, a diferencia del estudio, que es escaso, en este caso, la cuidadora si dispone de apoyo familiar. También coincide, en que el papel que desempeña la enfermera familiar es muy importante y que son pocas las ayudas que se ofrecen, ya que algunas dependen del dinero.

En comparación con el segundo estudio, ² se ha comprobado, que tomarse tiempo libre, alivia un poco la carga del cuidador. En este caso, la cuidadora, no siente ningún tipo de alivio, ya que no dispone de tiempo para sí misma. Es por ello que le recomendamos que se organice un poco para disponer de ese tiempo.

Respecto a las consecuencias de este rol sobre el cuidador, ^{3,4, 6, 14, 16} el desempeño de este rol, influye tanto física como emocionalmente. Las principales consecuencias físicas son dolores musculares, articulares, e incluso cefaleas, mientras que las emocionales son principalmente ansiedad y depresión. A causa de todas estas consecuencias, y por la continuidad de cuidados durante 24 horas, la mayoría de cuidadoras padecen sobrecarga. En este caso ocurre lo mismo. La cuidadora tiene muchos dolores, ansiedad y sobrecarga.

7. CONCLUSIONES

Respecto al caso clínico, me ha resultado muy grato y he sentido satisfacción personal al trabajar y ayudar a esta familia. En ningún momento he tenido problemas a la hora de interactuar con ellos. Se han dejado aconsejar. Les expliqué que era para un trabajo, lo entendieron e incluso ellos me lo han puesto fácil. Y al mismo tiempo hemos conseguido ayudarles y que mejore su situación. Como he comentado anteriormente, estoy muy satisfecha con este trabajo, no sólo por haberlos podido ayudar, sino porque este tema me llamaba mucho la atención y he podido investigar, aprender y realizar intervenciones apropiadas. Algo que me queda claro es que cada vez, hay menos personas que quieren pasar sus últimos días en una residencia. Quieren estar rodeados de su familia y es lo más natural. También es cierto, que con la incorporación de la mujer al mundo laboral, las personas trabajamos más y el cuidado de los familiares se vuelve más complejo. Sé, de algún caso valorado por la Ley de la Dependencia en el que el sistema sanitario envía a una persona para prestar esos cuidados, pero no las suficientes horas. Por ese motivo, hay familias que contratan a otras personas sin estudios sobre el tema, para cuidar a su familiar el tiempo que ellos no pueden hacerlo. Es por esto que se deberían crear más ayudas para estas familias con personas dependientes, ya sean ancianos (como este caso) o personas jóvenes, o adultas. Eso es algo indiferente. Las cuidadoras deben ser incorporadas como un activo de salud más para los cuidados de los pacientes dependientes. El Sistema de Salud y las enfermeras en particular, deben de utilizarlas como un recurso más, a la vez que deben de tratarlas como una prolongación del paciente y aplicarles los cuidados necesarios para su bienestar físico, psíquico y social. Por último, decir que he disfrutado mucho realizando este proyecto a nivel personal y cultural. Por suerte, he podido hacerlo del tema que quería y eso hace que lo hagas con ganas e ilusión.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Lao I, Silvano Arranz A, Del Pino Berenguer M. Percepción del cuidado por parte del cuidador familiar. Index de Enfermería. 2013 Junio; 22(1-2): 12-15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100003>.
2. De La Cuesta Benjumea, Carmen. Aliviar el peso del cuidado familiar: Una revisión de la bibliografía. Index de Enfermería. . 2008 Diciembre; 17(4): 261-265. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400009&lng=es.
3. Rogero García J. Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. Index de Enfermería. . 2010 Marzo; 19(1): 47-50. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100010&lng=es.
4. López Gil MJ, Orueta Sánchez R, Gómez Caro S, Sánchez Oropesa A, Carmona de la Morena, Javier, Alonso Moreno FJ. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. Revista Clínica de Medicina de Familia. 2009 Junio; 2(7): 332-339. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004&lng=es.
5. Canga A, Vivar CG, Naval C. Dependencia y familia cuidadora: reflexiones para un abordaje familiar. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2011 Diciembre; 34(3): 463-469. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272011000300012>.
6. Villarejo Aguilar L, Zamora Peña MA, Casado Ponce G. Sobrecarga y dolor percibido en cuidadoras de ancianos dependientes. Enfermería global. 2012 Julio; 11(27): 159-164. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000300009>.
7. Seira Lledós MP, Aller Blanco A, Calvo Gascón A. Morbilidad sentida y diagnosticada en cuidadores de pacientes inmovilizados de una zona de salud rural. Revista Española de Salud Pública. . 2002 Diciembre; 76(6): 713-721. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000600007&lng=es.

8. Almagro Pere, Rodríguez-Carballeira M, Tun Chang K, Romaní V, Estrada C, Barreiro B, et al. Hospitalizaciones por EPOC en el paciente anciano. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2009 Marzo; 44(2): 73-78. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-hospitalizaciones-por-epoc-el-paciente-13136071>.
9. Torres Martí A, Quintano Jiménez JA, Martínez Ortiz de Zárate, M., Rodríguez Pascual C, Prieto J, Zalacaín R. Tratamiento antimicrobiano de la EPOC en el anciano. 2006; 19(2): 169,177. Disponible en: http://www.seq.es/seq/0214-3429/19/2/torres_marti_consenso.pdf
10. 2016; Disponible en: <http://www.ine.es/>.
11. Almagro Mena P, Llordés Llordés M. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el anciano. 2012 Enero-Febrero; 47(1): 1-2. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-la-enfermedad-pulmonar-obstructiva-cronica-90095489>
12. Amor Andrés MS, Daimiel Bello R. Integración del proceso asistencial en el anciano EPOC. : 3. Disponible en: http://www.scmgg.com/media/Protocolo_EPOC.pdf
13. Díaz García R, Navarro Ortiz M, Naranjo Rendón M. Investigación en salud y envejecimiento. Disnea como motivo de demanda en Unidad Móvil en pacientes ancianos con EPOC. 2014; 1: 302-303. Disponible en: <http://formacionasunivep.com/IIcongresosalud/documents/libro/Libro%20Digital%20Completo.pdf#page=302>
14. Lucero Islas Salas N, Ramos del Río B, Aguilar Estrada MG, García Guillén, Ma. de Lourdes. Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. 2006 Octubre-Diciembre; 19(4): 267-271. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-75852006000400006&script=sci_arttext
15. Chaparro L. Cómo se constituye el “vínculo especial” de cuidado entre la persona con enfermedad crónica y el cuidador familiar. 2011 Abril; 11(1): 10-20. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v11n1/v11n1a02.pdf>
16. Isla Pera P. EL CUIDADOR FAMILIAR. UNA REVISIÓN SOBRE LA NECESIDAD DEL CUIDADO DOMÉSTICO Y SUS REPERCUSIONES EN LA FAMILIA. 2000; 7,8: 1-7. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32567/1/536336.pdf>

17. Ronal A, Chacón Chaves, Sibaja Campos M, Dávila Haas JA, Gutiérrez Pimentel R, Gutiérrez Sanabria A, et al. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). 2003; 45(1): 1,5. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022003000500003&lang=pt
18. Herdman, T.H. Nanda International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2012-2014. (2012 Ed.) Barcelona: Elsevier; 2014.
19. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Proyecto de Resultados Iowa. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª. Ed. Madrid: Elsevier; 2005.
20. McCloskey Dochterman J, Bulechek G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4a. Ed. Madrid: Elsevier; 2006.

9. ANEXOS:

Anexo 1



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Fecha 20/10/15

Nº Historia

Nombre María Zafra

Unidad/Centro

AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA –BARTHEL-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 10 ítems tipo likert. El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos – resultando un rango global entre 0 y 20. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada
- 91-99 dependencia escasa
- 100 independencia

Comer

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

Lavarse – bañarse –

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

Vestirse

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

Arreglarse

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

Deposición

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



Micción - valorar la situación en la semana previa -

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

Ir al retrete

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

Trasladarse sillón / cama

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

Deambulación

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

Subir y bajar escaleras

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

Fecha	20/10/15					
Puntuación Total	0					

Anexo 2

COCINA			
La zona de la cocina y el fregadero ¿están bien iluminadas?	SI ☒ NO ☐	¿Puede encender y apagar la luz desde la cama?	SI ☒ NO ☐
Cuando está cocinando ¿procura que los mangos de los cazos no sobresalgan de la cocina y no estén situados sobre el fuego?	SI ☒ NO ☐	¿Evita fumar en la cama?	SI ☒ NO ☐
Su batería de cocina ¿tiene mangos o asas aislantes?	SI ☒ NO ☐	BAÑO	
Si se derrama algo en el suelo ¿lo recoge enseguida?	SI ☒ NO ☐	El suelo de la bañera o ducha ¿es antideslizante?	SI ☒ NO ☐
Al encender el horno manualmente ¿abre la puerta antes de abrir la espita del gas?	SI ☒ NO ☐	¿Hay una barra para agarrarse en la bañera o en la ducha?	SI ☒ NO ☐
¿Sigue las instrucciones de utilización de la olla a presión?	SI ☒ NO ☐	¿Evita utilizar aparatos eléctricos estando descalzo?	SI ☒ NO ☐
¿Tiene un compartimento especial para los cuchillos de cocina?	SI ☒ NO ☐	¿Se seca las manos antes de utilizar aparatos eléctricos?	SI ☒ NO ☐
¿Utiliza aparatos eléctricos lejos del fregadero?	SI ☒ NO ☐	¿Evita utilizar aparatos eléctricos en la bañera o en la ducha?	SI ☒ NO ☐
¿Se seca las manos antes de utilizar los aparatos eléctricos?	SI ☒ NO ☐	¿Llena la bañera con agua templada, poniendo primero el agua fría?	SI ☒ NO ☐
Los productos de limpieza ¿están guardados fuera del alcance de los niños?	SI ☒ NO ☐	¿Procura que el suelo del baño esté siempre seco?	SI ☒ NO ☐
¿Utiliza la escalera para alcanzar los estantes más altos?	SI ☒ NO ☐	INSTALACIONES DE AGUA, GAS Y ELECTRICIDAD	
¿Limpia y desengrasa con frecuencia la campana y el extractor de humos?	SI ☒ NO ☐	¿Sabe dónde están las llaves de paso del agua y del gas y puede cerrarlas?	SI ☒ NO ☐
¿Cierra las puertas y cajones inmediatamente después de su uso?	SI ☒ NO ☐	¿Sabe distinguir con facilidad la conducción del agua de la del gas?	SI ☒ NO ☐
¿Desconecta los aparatos eléctricos para limpiarlos?	SI ☒ NO ☐	¿Cierra la llave de paso del gas por las noches y al ausentarse de casa?	SI ☒ NO ☐
¿Evita las corrientes de aire que inciden sobre el fuego?	SI ☒ NO ☐	Si sospecha que hay una llave de gas que no va bien ¿llama enseguida a la compañía?	SI ☒ NO ☐
COMEDOR, SALA DE ESTAR, DORMITORIO		¿Sabe dónde está el interruptor general de la luz y puede desconectarlo?	SI ☒ NO ☐
Las áreas de paso ¿están despejadas de muebles u otros objetos?	SI ☒ NO ☐	¿Dispone de fusibles de recambio, si su instalación los tiene?	SI ☒ NO ☐
¿Tiene una pantalla apagachispas delante de la chimenea?	SI ☐ NO ☒	¿Desconecta el interruptor de la luz para cualquier reparación eléctrica?	SI ☒ NO ☐
¿Evita las conexiones en enchufes múltiples?	SI ☐ NO ☒	¿Mantiene los combustibles lejos de los focos de calor?	SI ☒ NO ☐
¿Disponen las ventanas y balcones de un pestillo de cierre, fuera del alcance de los niños?	SI ☒ NO ☐	Si su tabla de planchar no es metálica ¿dispone de una funda incombustible?	SI ☒ NO ☐

GARAJE			
¿Está el garaje ordenado: herramientas ordenadas, suelo limpio, líquidos inflamables en recipientes seguros, etc.?	SI ☒ NO ☐	¿Dispone en su casa de un extintor de fuego antibrasa, si no lo tiene a nivel comunitario en el rellano de su escalera?	SI ☒ NO ☐
¿Está el garaje bien iluminado y con interruptores cerca de las puertas?	SI ☒ NO ☐	¿Evita utilizar los sprays cuando está fumando o existe alguna llama cerca?	SI ☒ NO ☐
¿Deja el coche en el garaje, frenado y cerrado con llave?	SI ☒ NO ☐		
¿Abre las puertas de su garaje antes de poner el coche en marcha?	SI ☒ NO ☐		
ASCENSOR Y ESCALERA			
¿Está la escalera bien iluminada?	SI ☒ NO ☐		
¿Están los peldaños y el pasamanos en buen estado?	SI ☒ NO ☐		
¿Coloca a los niños en el fondo del ascensor cuando éste no tiene doble puerta?	SI ☒ NO ☐		
GENERALES			
¿Tiene junto al teléfono los números de urgencia (policía, bomberos, médico...)?	SI ☒ NO ☐		
¿Lee las instrucciones antes de utilizar un medicamento, un insecticida o un desinfectante?	SI ☒ NO ☐		
¿Tiene los medicamentos fuera del alcance de los niños?	SI ☒ NO ☐		
¿Utiliza cera no deslizante para limpiar el suelo?	SI ☒ NO ☐		
¿Guarda las herramientas fuera del alcance de los niños?	SI ☒ NO ☐		
¿Baja las persianas para limpiar los cristales?	SI ☒ NO ☐		
¿Se asegura siempre de no dejar niños solos en la casa?	SI ☒ NO ☐		
¿Si en su casa viven niños, tiene protegidos todos los enchufes?	SI ☒ NO ☐		
¿Dispone en su casa de un interruptor diferencial de alta sensibilidad? (30 miliamperios)	SI ☒ NO ☐		

Anexo 3



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre María Zafra

Fecha 20/40/15

Unidad/Centro

Nº Historia

AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA –BARTHEL-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con 10 ítems tipo likert. El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos – resultando un rango global entre 0 y 20. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada
- 91-99 dependencia escasa
- 100 independencia

Comer

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

Lavarse – bañarse –

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

Vestirse

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

Arreglarse

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

Deposición

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



Micción - valorar la situación en la semana previa -

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

Ir al retrete

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

Trasladarse sillón / cama

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

Deambulación

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

Subir y bajar escaleras

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

Fecha	20/10/15					
Puntuación Total	0					

Anexo 4



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre María Zafra

Fecha 20/10/15

Unidad/Centro

Nº Historia

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA - ESCALA LAWTON Y BRODY-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado que consta de 8 ítems. No tiene puntos de corte. A mayor puntuación mayor independencia, y viceversa. El rango total es 8.

	Puntos
Capacidad de usar el teléfono	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números, etc	1
Es capaz de marcar bien algunos números conocidos	1
Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	1
No utiliza el teléfono en absoluto	0
Ir de compras	
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
Preparación de la comida	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí mismo/a adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y le sirvan las comidas.	0
Cuidado de la Casa	
Mantiene la casa solo/a o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
Realiza tareas domésticas ligeras, como lavar los platos o hacer las	1
Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	0
No participa en ninguna labor de la casa	0
Lavado de la ropa	
Lava por sí mismo/a toda su ropa	1
Lava por sí mismo/a pequeñas prendas (aclarar medias, etc)	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
Uso de medios de transporte	
Viaja solo/a en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros	0
No viaja en absoluto	0
Responsabilidad respecto a su medicación	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1
Toma su medicación si se le prepara con anticipación y en dosis	0
No es capaz de administrarse su medicación.	0
Manejo de asuntos económicos	
Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos y facturas, va al banco) recoge y conoce sus	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes	1
Incapaz de manejar dinero.	0
PUNTUACIÓN TOTAL	0



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre Maria Zafra

Fecha 20/10/15

Unidad/Centro

Nº Historia

CUESTIONARIO DE OVIEDO DEL SUEÑO

Población diana: Población general con trastornos depresivos. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con 15 ítems, 13 de ellos se agrupan en 3 subescalas: satisfacción subjetiva del sueño (ítem 1), insomnio (ítems 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7) e hipersomnio (ítems 2-5, 8, 9). Los 2 ítems restantes proporcionan información sobre el uso de ayuda para dormir o la presencia de fenómenos adversos durante el sueño. Cada ítem se puntúa de 1 a 5, excepto el ítem 1 que se hace de 1 a 7.

La subescala de insomnio oscila entre 9 y 45, donde una mayor puntuación equivale a una mayor gravedad de insomnio.

Cuestionario de Oviedo del Sueño

Durante el último mes

1. ¿Cómo de satisfecho ha estado con su sueño?

1	Muy insatisfecho
2	Bastante insatisfecho
3	Insatisfecho
4	Término medio
5	Satisfecho
6	Bastante satisfecho
7	Muy satisfecho

2. ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para

		Ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
2.1	Conciliar el sueño	1	2	3	4	5
2.2	Permanecer dormido	1	2	3	4	5
2.3	Lograr un sueño reparador	1	2	3	4	5
2.4	Despertar a la hora habitual	1	2	3	4	5
2.5	Excesiva somnolencia	1	2	3	4	5

3. ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, una vez que lo intentaba?

1	0-15 minutos
2	16-30 minutos
3	31-45 minutos
4	46-60 minutos*
5	más de 60 minutos



4. ¿Cuántas veces se ha despertado por la noche?

1	Ninguna vez
2	1 vez
3	2 veces
4	3 veces
5	más de 3 veces

Si normalmente se despertó Vd. piensa que se debe a.....(Información clínica)

- a) Dolor
- b) Necesidad de orinar
- c) Ruido
- d) Otros. Especificar. (*Preocupaciones*).

5. ¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo ¿Cuánto tiempo antes?

1	Se ha despertado como siempre
2	Media hora antes
3	1 hora antes
4	Entre 1 y 2 horas antes
5	Más de 2 horas antes

6. Eficiencia del sueño (horas dormidas/horas en cama) Por término medio, ¿Cuántas horas ha dormido cada noche? 6 ¿Cuántas horas ha permanecido habitualmente en la cama? 6.

1	91-100%
2	81-90%
3	71-80%
4	61-70%
5	60% o menos

7. Cuántos días a la semana ha estado preocupado/a o ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento sociolaboral por no haber dormido bien la noche anterior?

1	Ningún día
2	1-2 días/semana
3	3 días/semana
4	4-5 días/semana
5	6-7 días/semana

8. ¿Cuántos días a la semana se ha sentido demasiado somnoliento, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?

1	Ningún día
2	1-2 días/semana
3	3 días/semana
4	4-5 días/semana
5	6-7 días/semana



9. Si se ha sentido con demasiado sueño durante el día o ha tenido períodos de sueño diurno ¿Cuántos días a la semana ha estado preocupado o ha notado disminución en su funcionamiento solcio-laboral por ese motivo?

1	Ningún día
2	1-2 días/semana
3	3 días/semana
4	4-5 días/semana
5	6-7 día/semana

10. ¿Cuántos días a la semana ha tenido (o le han dicho que ha tenido)?
(Información clínica)

	Ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
a) Ronquidos	1	2	3	4	5
b) Ronquidos con ahogo	1	2	3	4	5
c) Movimientos de las piernas	1	2	3	4	5
d) Pesadillas	1	2	3	4	5
e) Otros	1	2	3	4	5

11. ¿Cuántos días a la semana ha tomado fármacos o utilizado cualquier otro remedio (infusiones, aparatos, etc.), prescrito o no, para ayudarse a dormir?
(Información clínica)

a	Ningún día
b	1-2 días/semana
c	3 días/semana
d	4-5 días/semana
e	6-7 día/semana

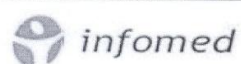
Si ha utilizado alguna ayuda para dormir (pastillas, hierbas, aparatos, etc), describir

CATEGORIAS	ÍTEMS	PUNTOS
Satisfacción subjetiva del sueño	Ítem 1	4
Insomnio	Ítems 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7	24
Hipersomnio	Ítems 2-5, 8, 9	3
PUNTUACIÓN TOTAL		31

Bibliografía

- Bobes García J, González G.-Portilla MP, Saiz Martínez PA, Bascarán Fernández MT, Iglesias Álvarez C, Fernández Domínguez JM. Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño. *Psicothema* 2000;12(1):107-12.

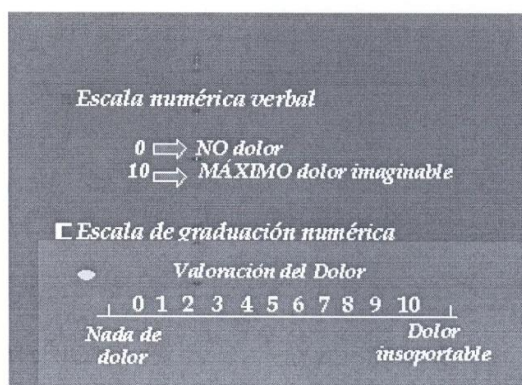
Anexo 6



Medicina de
Rehabilitación
Cubana



ESCALAS NUMÉRICAS:



En la práctica diaria, la escala numérica es más simple y es una de las más utilizadas para cuantificar el dolor. El paciente indica la intensidad de su dolor en una escala del 0 a 10, donde el 0 indica la ausencia de dolor y el 10 el máximo dolor imaginable. La escala numérica puede ser una técnica útil para explicar la relación entre dolor y la actividad, la eficacia del tratamiento y el patrón del dolor del paciente.

Anexo 7



Servicio Andalúz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre *María Zafra*

Fecha *20/10/15*

Unidad/Centro

Nº Historia

CRIBADO ANSIEDAD DEPRESION – ESCALA DE GOLDBERG -

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión. Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión).

Los puntos de corte son mayor o igual a 4 para la escala de ansiedad, y mayor o igual a 2 para la de depresión. En población geriátrica se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte ≥ 6 .

Instrucciones para el profesional:

A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas". No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.

SUBESCALA DE ANSIEDAD	RESPUESTAS	PUNTOS
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	<i>Si</i>	<i>1</i>
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?	<i>Si</i>	<i>1</i>
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?	<i>Pocas veces</i>	<i>1</i>
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse	<i>No</i>	<i>0</i>
Puntuación Total (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	<i>Si</i>	<i>1</i>
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	<i>Si</i>	<i>1</i>
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)	<i>Si</i>	<i>1</i>
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?	<i>Algunas veces</i>	<i>1</i>
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	<i>Si</i>	<i>1</i>
PUNTUACIÓN TOTAL		<i>8</i>



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

SUBESCALA DE DEPRESIÓN	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Se ha sentido con poca energía?	Algunas veces	1
¿Ha perdido usted su interés por las cosas?	No	0
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	No	0
¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?	No	0
Puntuación Total (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	Si	1
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	Si	1
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	Si	1
¿Se ha sentido usted enlentecido?	No	0
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	Si	1
PUNTUACIÓN TOTAL		5

PUNTUACIÓN TOTAL (Escala única)	13
--	-----------

Bibliografía

- Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, et al. Detecting anxiety and depression in general medical settings. Br Med J 1988; 97: 897-899.
- Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, et al. Detección de la ansiedad y la depresión en el marco de la medicina general. Br Med J (ed. esp.) 1989; 4(2): 49-53.
- Montón C, Pérez-Echevarría MJ, Campos R, et al. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. Aten Primaria 1993; 12: 345-349.
- Lobo A, Montón A, Campos R, et al. Detección de morbilidad psíquica en la práctica médica: el nuevo instrumento E.A.D.G. Zaragoza: Ed Luzán, 1993.
- Buitrago F, Ciurana R, Chocron L, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. Aten Primaria 1999; 24 (Supl 1): 184-190.

Anexo 8



Servicio Andalúz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre María Zafra

Fecha 20/10/15

Unidad/Centro

Nº Historia

TEST DE CRIBADO -WAST

Población diana: Población general de mujeres. Se trata de un cuestionario **autoadministrado** que consta de dos ítems.

1. En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?		
Mucha tensión	Alguna tensión	<u>Sin tensión</u>
2. Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:		
Mucha dificultad	Alguna dificultad	<u>Sin dificultad</u>

Anexo 9



Servicio Andalúz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre Maria Zafra

Fecha 20/10/15

Unidad/Centro

Nº Historia

PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR - CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario que puede ser **autoadministrado o heteroadministrado** y que consta de 5 ítems tipo likert para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. Los puntos de corte son los siguientes:

- Normofuncional: 7 - 10 puntos
- Disfuncional leve: 3 - 6
- Disfuncional grave: 0 - 2

Versión heteroadministrada: Leer las preguntas del cuestionario y señalar la respuesta del paciente.

Versión autoadministrada: Recortar por la línea de puntos y entregar al paciente para su cumplimentación.

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Instrucciones: Por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	(2)
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	(2)
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	(2)
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	(2)
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	(2)
Puntuación Total	<u>10</u>		

Anexo 10



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre *María Zafra*

Fecha *20/10/15*

Unidad/Centro

Nº Historia

CUESTIONARIO -ZARIT-

Población cuidadora de personas dependientes. Es un cuestionario **autoadministrado**

	1	2	3	4	5
	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
Instrucciones para la persona cuidadora: A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente Vd. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.					
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	X				
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?					X
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					X
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	X				
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	X				
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	X				
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					X
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					X
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	X				
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?			X		
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?		X			
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					X
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?			X		
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?		X			
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	X				
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					X
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					X
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?			X		
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	X				
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					X
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					X
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					X



ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR –ZARIT-

Instrucciones para el profesional:

Población diana: Población cuidadora de personas dependientes. Es un cuestionario **autoadministrado** que consta de 22 ítems, con respuesta tipo escala likert (1-5)

Los valores correspondientes a las opciones de respuesta son:

- 1=Nunca
- 2=Rara vez
- 3=Algunas veces
- 4=Bastantes veces
- 5=Casi siempre

Los puntos de corte recomendados son:

- < 46 No sobrecarga
- 46-47 a 55-56 Sobrecarga leve
- ☹ > 55-56 Sobrecarga Intensa

FECHA	20/10/15				
PUNTUACIÓN	70				

Bibliografía

- Zarit Sh, Reeve KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden Gerontologist 1980; 20:649-654.
- Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L.C., Rico, J.M., Lanz y Taussing, M.I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. Revista de Gerontología, 6, 338-346.

Anexo 11



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Nombre María Zafra

Fecha 20/10/15

Unidad/Centro

Nº Historia

CUESTIONARIO DUKE-UNC -

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario autoadministrado

Instrucciones para el paciente: En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
	1	2	3	4	5
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares					X
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					X
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					X
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					X
5.- Recibo amor y afecto				X	
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					X
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					X
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					X
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					X
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					X
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					X
PUNTUACIÓN TOTAL	54				

Anexo 12

IMPORTANCIA DEL SUEÑO:



HÁBITOS BUENOS:

- AYUDAR A ELIMINAR LAS SITUACIONES ESTRESANTES:
 - Identifica la causa de estrés.
 - Elige tu reacción.
 - Actúa cuando estés listo.
 - Haz un plan.
 - Quitáelo de encima.
 - Sé realista: metas realistas.

- ESTABLECER UNA RUTINA A LA HORA DE IRSE A LA CAMA:

- Hacer ejercicio.
- cenar ligeramente unas dos o tres horas antes de ir a la cama.
- Mantener siempre la misma hora para irnos a la cama.
- No hacer la siesta si, por la noche, tenemos problemas para dormir.
- Si estamos estresados hacer algún ejercicio de relajación.
- Tomar alguna infusión que nos ayude a estar más tranquilos.
- Establecer una rutina que nos ayudará a prepararnos para dormir, relajarnos, ir al baño, lavarnos los dientes, etc.
- Si cuando nos acostamos no conciliamos el sueño no debemos quedarnos en la cama; hemos de levantarnos y leer o relajarnos.
- La habitación debe ser tranquila, ni demasiado fría ni demasiado calurosa.
- Importante que no nos vayamos a la cama pensando que tenemos por delante otra larga noche sin poder pegar un ojo.
- Importante dormir en un colchón adecuado a nuestras necesidades.

- TOMAR ALIMENTOS QUE FAVOREZCAN EL SUEÑO:

- L- Triptófano: queso, yogurt, leche, pavo, almendras, cacahuets, huevos, piña, cereales integrales y garbanzos. Consumidos tres horas antes de acostarse en cantidades no copiosas, favorecen la entrada en sueño.
- Melatonina: fresa, plátano, cereza, maíz, vino tinto, tomates, arroz...etc.
- Lactucario: La lechuga silvestre contiene esta sustancia, a la que se le confieren propiedades relajantes y sedantes.
- Magnesio: Encuentra tu aporte tomando un puñado de nueces todos los días.
- Ácidos grasos omega 3 y omega 6: pescados azules, algunos pescados blancos, algunos frutos secos, aceite de oliva y girasol...etc.



1. Alimentos picantes: este tipo de alimentos produce un cambio en la temperatura del cuerpo y esto puede confundir al cerebro.
2. Alimentos grasos: pueden alterar el ciclo inicial del sueño.
3. Mucho líquido: beberla en exceso en la noche, puede significar tener que visitar el baño varias veces en la madrugada y en consecuencia no descansar bien.
4. Filetes: contienen grandes cantidades de proteínas y éstas son más difíciles de digerir durante el sueño.
5. Frutas con mucho contenido de agua: pueden hacer que la persona tenga que visitar varias veces el baño y esto interfiera con su descanso.
6. Cigarrillos: La nicotina a igual que la cafeína es un estimulante y sus efectos son similares. Por ello, si hay dificultades para conciliar el sueño o para permanecer dormido, lo ideal es evitar el consumo de cigarrillos durante la noche o la madrugada.

HÁBITOS MALOS:

- Respecto a la alimentación debemos evitar comer lo siguiente:
7. Café: cuando es consumido en exceso, puede causar ansiedad y estrés. Lo ideal es que aquellas personas que padecen trastornos del sueño, eviten el café en la tarde o noche.
 8. Chocolate dulce: El chocolate al igual que el café contiene cafeína y una barra de esta delicia, podría contener la misma cantidad que un refresco cola.
 9. Toronjas: Los alimentos cítricos como las toronjas, pueden provocar acidez estomacal y reflujo que pueden interferir con el sueño y descanso nocturno.
 10. Alcohol: Si bien el alcohol puede ser de ayuda para conciliar el sueño, es perjudicial para las últimas etapas del sueño y al otro día las consecuencias serán terribles: se sentirá exhausta.

¿Cómo dormir mejor?

